

NARDY WELLING

# *Zelfstandigheid en ouderenzorg*

EEN EVALUATIE-ONDERZOEK IN EEN  
WOONCENTRUM VOOR OUDEREN









# **Zelfstandigheid en ouderenzorg**

**Een evaluatie-onderzoek in een  
wooncentrum voor ouderen**

**Een wetenschappelijke proeve op het gebied  
van de Medische Wetenschappen**

**Proefschrift**

**ter verkrijging van de graad van doctor  
aan de Katholieke Universiteit Nijmegen  
volgens besluit van het College van Decanen  
in het openbaar te verdedigen op  
woensdag 18 februari 1998  
des namiddags om 1.30 uur precies**

**door**

**Bernardina Johanna Maria Welling  
geboren 20 oktober 1956 te Gendringen**

**INSTITUUT VOOR TOEGEPASTE SOCIALE WETENSCHAPPEN  
UITGEVERIJ TANDEM FELIX - UBBERGEN**

Promotores: Prof. dr. J.M.G. Persoon  
Prof. dr. C. van Weel

Co-promotor: Dr. Th.E.M. Miltenburg

Manuscriptcommissie:

Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder (Universiteit Maastricht)

Prof. dr. P.H.J.M. Heydendaal

Prof. dr. A.C. van den Hout

De particulierenprijs van deze uitgave is f 47,50

Deze uitgave is te bestellen bij de boekhandel,

bij het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen, bestelnummer 34, telefoon 024-3653500,

of bij de uitgever, telefoon 024-3234986

Omslagontwerp Bert Arts, bNO

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Welling, Bernardina Johanna Maria

Zelfstandigheid en ouderenzorg. Een evaluatie-onderzoek in een wooncentrum voor ouderen /

Bernardina Johanna Maria Welling - Nijmegen : Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen

Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen - Ubbergen : Tandem Felix.

ISBN 90 5750 034 5 (Tandem Felix)

NUGI 732

Trefw.. ouderenzorg ; woonzorgcentra ; zelfstandigheid

© 1998 Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) van de Stichting Katholieke Universiteit te Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen te Nijmegen (ITS) van de Stichting Katholieke Universiteit te Nijmegen

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

*Luuk (5 jaar): 'Mam, wat schrijf je daar?'*  
*Mam: 'Ik ben een boekje aan het schrijven'*  
*Luuk: 'Ja maar, wat stáát daar dan?'*  
*Mam: 'Het nalaten van het actief betrekken van ouderen bij het implementeren van dit zelfstandigheidsconcept in een intramurale setting kan meerdere consequenties hebben. Ten eerste ....'*  
*Luuk (onderbreekt): 'Oh, dat soort dingen' (en loopt weg).*



# Voorwoord

*"Mama, waarom schrijf je geen kinderboek?"*

Helaas Anne, het is niet echt een kinderboek geworden. Dit is een boek over zelfstandigheid en ouderenzorg, met name de intramurale ouderenzorg. Decennia lang verhuisden ouderen die niet meer zelfstandig thuis konden wonen naar een verzorgingshuis. Daar kregen zij een compleet verzorgingspakket aangeboden, ongeacht wat zij zelf nog konden of wat zij zelf nog zouden willen. De laatste tien jaar is er binnen het ouderenbeleid en de ouderenzorg, onder invloed van ontwikkelingen in de samenleving en de gezondheidszorg, meer aandacht voor hetgeen ouderen zelf zouden willen. Met andere woorden de mening van de ouderen komt meer centraal te staan. Behoud van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de oudere zijn belangrijke uitgangspunten in het ouderenbeleid geworden. Deze ontwikkelingen hebben invloed op de organisatie en werkwijze van verzorgingshuizen. Niet het zorgaanbod, maar de vraag van de oudere dient centraal te staan binnen de zorgverlening.

Maar wat gebeurt er nu in de dagelijkse praktijk als daadwerkelijk de vraag van de oudere centraal wordt gesteld binnen een situatie waar wonen en zorg gecombineerd worden en behoud van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de oudere concrete uitgangspunten zijn. In het voorliggende onderzoek komt deze vraag aan de orde.

Dit onderzoek is zeker niet geheel zelfstandig tot stand gekomen. Daarom wil ik op deze plaats een aantal mensen bedanken.

Allereerst Prof.dr. J.M.G. Persoon, mijn promotor, voor zijn vasthoudendheid en overredingskracht om mij te overtuigen van het onderzoek een dissertatie te maken. Vele vrijdagochtenden zijn er sindsdien aan besteed. Jean bedankt.

Prof.dr. C. van Weel en Dr. Th.E.M. Miltenburg, respectievelijk promotor en copromotor voor hun bruikbare tips en adviezen.

Het management van het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) bedank ik voor de faciliteiten die zij mij ter beschikking heeft gesteld. Collega's van het ITS voor het afstaan van hun kamer en de PC in de weekeinden. De afdeling Tekstverwerking van het ITS, met name Rian van Leeuwen, voor de grafische vormgeving van dit rapport.

Speciale dank gaat naar Clarie Ramakers voor de vele zondagen die we samen op het ITS doorgebracht hebben; gedeelde smart is halve smart.

De collega's van het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, dank ik voor de ruimte die ik kreeg in de eindfase om het proefschrift af te maken en voor hun steun en opbeurende opmerkingen.

Vele vrije uren zijn er in dit proefschrift gaan zitten. Dit was niet mogelijk geweest zonder de bereidheid van ouders van vriendjes en vriendinnetjes van de kinderen om ze daar (weer) te laten spelen.

Tenslotte het thuisfront. Don, de boot ligt er en de dissertatie is af. We komen in een rustiger vaarwater terecht.

En Anne en Luuk, "het boekje" is af, voorlopig houden we het bij het (voor)lezen van kinderboeken.

Nardy Welling

# Inhoudsopgave

<b>1 Ouderen, wonen en zorg</b>	<b>1</b>
1.1 Inleiding	1
1.2 De periode 1945 - 1970	1
1.3 De periode 1970 - 1980	5
1.4 De periode 1980 - heden	8
1.5 De positie van de patiënt	12
1.6 Innovatieprojecten wonen en zorg voor ouderen	16
1.7 Zelfstandigheid en autonomie	17
1.8 Probleemstelling	22
1.9 Opzet en werkwijze experiment Nieuw Doddendaal	23
1.10 Vraagstellingen van het onderzoek	29
<b>2 Opzet van het onderzoek</b>	<b>31</b>
2.1 Inleiding	31
2.2 Methoden van onderzoek: kwalitatief en kwantitatief	31
2.3 Operationalisatie van kernvariabelen	35
2.4 Omvang van de onderzoeksgroep	38
2.5 Vergelijking bewoners Nieuw Doddendaal met bewoners van traditionele verzorgingshuizen	41
<b>3 Resultaten structuur- en procesevaluatie</b>	<b>45</b>
3.1 Inleiding	45
3.2 Een op zelfstandigheid gerichte beschermde en aangepaste woning en woonomgeving	46
3.2.1 Het wooncentrum	46
3.2.2 Het appartement	47
3.2.3 Beschermd en aangepast	48
3.2.4 Keuze van faciliteiten	48
3.2.5 Ontspanning	50
3.2.6 Bewonersochtenden	51
3.3 Een individueel leef- en dienstenbudget	52
3.4 Het dienstenplan	53

3.5	Externe dienstverlening	55
3.5.1	Procesresultaten kruiswerk en gezinszorg	56
3.5.2	Procesresultaten particulier verpleegbureau	63
3.6	Begeleiding en scholing van interne en externe dienstverleners	65
3.7	Samenvatting	70
<b>4</b>	<b>Resultaten effectevaluatie</b>	<b>73</b>
4.1	Inleiding	73
4.2	Zelfstandig wonen in Nieuw Doddendaal	73
4.2.1	Beschermde en aangepaste woonvorm	74
4.2.2	Opzet en werkwijze van het wooncentrum	75
4.2.3	Optimaliseren van zelfstandigheid en behoud van eigen verantwoordelijkheid	76
4.2.4	Respecteren van eigen levensgewoonten	77
4.2.5	Dienstverlening: keuzemogelijkheden en kwaliteit	78
4.2.6	Zorg op maat	80
4.3	Analyse op individueel niveau: oordelen over Nieuw Doddendaal	80
4.3.1	Wonen en dienstverlening in Nieuw Doddendaal	81
4.3.2	Subjectief welzijn en eenzaamheid	83
4.4	Zorgsubstitutie	84
4.4.1	Hulpbehoefte	84
4.4.2	Functioneren	86
4.5	Financiële substitutie	90
4.5.1	Kosten Nieuw Doddendaal in vergelijking met enkele andere verzorgingshuizen in Nijmegen	90
4.5.2	Vergelijking Nieuw Doddendaal met verzorgingshuizen in Gelderland en Nederland	92
4.5.3	De ontwikkeling van de kosten van externe dienstverlening van Nieuw Doddendaal	93
4.6	Samenvatting	94
<b>5</b>	<b>Conclusies</b>	<b>97</b>
5.1	Inleiding	97
5.2	Structuur en proces	97
5.3	Uitkomst	103
5.4	Het experiment: zelfstandigheid en autonomie in de praktijk	105



<b>6 Beschouwing en aandachtspunten</b>	109
6.1 Inleiding	109
6.2 Veldexperiment en onderzoek	109
6.3 Veldexperiment in relatie tot het veld	114
6.4 Het conceptuele kader en het veldexperiment	116
6.5 Aandachtspunten	119
 <b>Samenvatting</b>	 123
 <b>Summary</b>	 131
 <b>Literatuurlijst</b>	 139
 <b>Bijlagen</b>	 147
Bijlage 2.1	149
Bijlage 2.2	150
Bijlage 2.3	151
Bijlage 2.4	155
Bijlage 3.1	161
Bijlage 4.1	167
Bijlage 4.2	170



# 1 Ouderen, wonen en zorg

## 1.1 Inleiding

In 1989 opende Wooncentrum Nieuw Doddendaal zijn deuren. De eerste bewoners deden hun intrede in de nieuwe appartementen, waar hun een zelfstandig leven, met behoud van eigen levensgewoonten gegarandeerd werd binnen een beschermde en aangepaste omgeving. Nieuw Doddendaal was en is een van de vele innovatieprojecten binnen de ouderenzorg. Deze nieuwe initiatieven kwamen niet uit de lucht vallen. Ontwikkelingen in de maatschappij, in het overheidsbeleid en binnen de gezondheidszorg gaven aanleiding tot de conclusie dat een bepaalde jarenlang gevolgde aanpak 'eigenlijk' niet meer voldeed. Het concept verzorgingshuis bleek aan een herziening toe.

In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt beschreven hoe met name de geïnstitutionaliseerde zorg voor ouderen vanaf 1945 gestalte heeft gekregen op basis van een analyse van het overheidsbeleid en van maatschappelijke ontwikkelingen. Daarbij worden drie perioden onderscheiden: 1945-1970, 1970-1980 en 1980-heden. Afsluitend worden enkele hoofdlijnen gegeven in de ontwikkelingen in de positie van de patiënt binnen de gezondheidszorg gedurende deze periode.

In het tweede deel van het hoofdstuk worden verschillende typen innovatieprojecten besproken en de plaats van wooncentrum Nieuw Doddendaal hierbinnen. Tevens worden in dit deel de begrippen zelfstandigheid en autonomie bestudeerd. Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van het experiment Nieuw Doddendaal en de probleemstelling en vraagstellingen van het onderzoek.

## 1.2 De periode 1945 - 1970

### *Overheidsbeleid*

De periode vlak na de Tweede Wereldoorlog stond in het teken van de wederopbouw van Nederland. Het bejaardenbeleid van de overheid viel vooral te karakteriseren als inkomens- en huisvestingsbeleid. Bij het inkomensbeleid was het streven alle bejaarden een gegarandeerd inkomen te geven. In 1947 kwam de Noodwet Drees tot stand, die in 1957 definitief werd omgezet in de Algemene Ouderdomswet (AOW). Het huisvestingsbeleid werd vooral ingegeven door de heersende woningnood en door de explosieve groei van de gehele bevolking. Bejaarden werden gestimuleerd zich te

laten opnemen in een zogenaamd pensiontehuis om zo woningen vrij te maken ten behoeve van gezinnen.

In twintig jaar tijd verdubbelde het aantal inwoners van pensiontehuizen, ongeveer tien procent van de mensen boven de 65 jaar woonde in dergelijke huizen.<sup>1</sup> Vooral de komst van de Algemene Bijstandswet in 1963, waardoor mensen met ontoereikende financiële mogelijkheden een recht kregen op verzorging in een tehuis, werkte drempelverlagend.

Er was eind jaren veertig en begin jaren vijftig geen sprake van enige overheidsbemoeienis wat de kwaliteit betreft van de geboden zorg. Daarin kwam verandering toen schrijnende wantoestanden in sommige tehuizen in de openbaarheid kwamen, waaruit bleek dat het houden van een pensiontehuis een lucratieve bezigheid was. Door de particuliere pensionhouders werd een hoge kostprijs voor een minimaal aanbod van diensten en voorzieningen gevraagd. In de Tweede Kamer (1954) kwam het voorstel dat een of andere vorm van algemeen toezicht op de pensiontehuizen nodig was. Dit leidde uiteindelijk in 1963 tot de Wet op de Bejaardenoorden (WBO). De belangrijkste doelen van deze wet waren misstanden tegen te gaan en het peil van huisvesting en verzorging te bewaken. De wet stelde dan ook onder meer eisen aan hygiëne, voeding en boekhouding en gaf het toezicht in handen van de Provinciale Besturen. De wet omschreef de doelgroep als: "personen van 65 jaar of ouder, die in een bejaardenoord duurzame huisvesting met gehele of gedeeltelijke verzorging ontvangen" (Blommestein, 1990). Alle voorzieningen waar aan vijf of meer ouderen huisvesting met eventuele zorg werd geboden vielen onder deze wet. Vanaf dit moment werd er meestal over een bejaardentehuis, ofwel bejaardenoord gesproken. Het overheidsbeleid bleef tot aan 1970 intramuraal gericht.

### *Maatschappelijke ontwikkelingen*

De motieven van de overheid waren duidelijk, maar hoe zat het met de bejaarden? Lieten zij zich met zachte drang het bejaardenoord insturen of wilden zij zelf ook wel? Het zou een verkeerd beeld geven te veronderstellen dat ouderen in die tijd min of meer gedwongen werden zich op te laten nemen in een pensiontehuis. Door maatschappelijke ontwikkelingen kozen ouderen ook zelf voor deze manier van wonen. Munnichs (1974) wees op diverse maatschappelijke ontwikkelingen die de groei van pensiontehuizen hebben mogelijk gemaakt. Het ging hierbij om toename van de levensverwachting, de afbrokkeling van de traditionele hulp door familie, de opkomst van de professionele aanpak, betere financiële mogelijkheden, de op- en uitbouw van

---

<sup>1</sup> In de periode van 1946 tot en met 1986 werden in ons land 546 bejaardenoorden gebouwd en 180 uitgebreid gerenoveerd (Min. van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening, 1970).

het pakket diensten van de verzorgingsstaat, de relatief sterke toename van alleenstaande ouderen, met name vrouwen en tenslotte het tekort aan woningen voor gezinnen.

Het moderne pensiontehuis was nadrukkelijk een woonvoorziening. Ouderen kozen die nieuwe mogelijkheid niet om hun woonsituatie te verbeteren of om plaats te maken voor jongeren, maar om dicht bij het vuur te zitten. Ze wilden voor hun toekomst verzekerd zijn van zorg, met andere woorden ze speelden op zeker en ze kregen wat ze gehoopt hadden: een compleet verzorgingspakket (Humanitas, 1991). Anders gezegd: ze waren blij met een verzorgde toekomst; ingeschreven staan voor opname in een pensiontehuis om te genieten van een rustige oude dag was het adagium van die tijd (de Gouw & Pedroli, 1992).

### *Disengagement*

Kenmerkend voor deze periode (1950 - 1970) was de opvatting dat gepensioneerden een rustige en verzorgde levensavond wensten. Bij deze opvatting paste een 'ouderen beschermend beleid' of wel een 'zorgen voor ...' beleid (Naafs, 1993; De Gouw & Pedroli 1992). Ook gezonde bejaarden werden derhalve in deze huizen toegelaten, en volledig verzorgd. Het theoretisch perspectief dat bij deze heersende maatschappelijke opvattingen paste is de disengagementtheorie van Cumming en Henry (1961). Volgens deze theorie trok met het ouder worden, ruwweg vanaf zestig jaar, de oudere mens zich langzamerhand uit allerlei taken en rol-activiteiten terug. Daarnaast trok ook de maatschappij zich terug van de oudere persoon. Activiteiten en rollen die bleven, gingen een andere betekenis krijgen en gingen beslag leggen op vrijwel de gehele vrije tijd.

Volgens Braam et al. (1981) is in Nederland op deze theorie veel kritiek gekomen. Met name kwamen er steeds meer aanhangers van de activiteitentheorie van Havighurst (1969). De kritiek richtte zich tegen het losmakingsproces dat centraal stond in de disengagementtheorie. Havighurst en zijn aanhangers stelden dat welbevinden tijdens de ouderdom alleen dan te bereiken is als verloren rollen vervangen werden door andere activiteiten: de oudere moest actief blijven. De activiteitentheorie kon dan ook beschouwd worden als een substitutietheorie, waarbij nieuwe activiteiten de plaats innamen van vervallen activiteiten.

Munnichs (1990) wees erop dat de disengagementtheorie een beschrijvende theorie is en geen verklaringen biedt, maar alleen beschrijft wat er gebeurde. De activiteitentheorie was meer een normatieve theorie, die stelde dat het voor ouderen beter is hun activiteiten op peil te houden. In de maatschappelijke discussie is er veel kritiek geweest op de disengagementtheorie, al heeft men nooit kunnen weerleggen dat de meeste ouderen het wel degelijk wat kalmer aan gingen doen. Bovendien is de tevreden-

denheid met de pensionering nooit weerlegd. De activiteitentheorie wilde continuïteit en ontkende daarmee een deel van de werkelijkheid.

Volgens Braam et al. (1981) stonden de twee theoretische perspectieven niet los van waarden en wensen. Volgens de activiteitentheorie 'kon en moest' de bejaarde doorgaan. Het losmakingsproces van de disengagementtheorie veronderstelde dat de bejaarde niet meer hoefde. Het oud zijn werd als een aparte levensfase erkend. Disengagement was slechts één van de verschillende levensstijlen. Disengagement kon, aldus Braam, afgedwongen zijn door de sociale structuur die iedereen op een uniform tijdstip uit het beroepsleven stootte. Het massaal toestromen van ouderen naar de bejaardenoorden zou verklaard kunnen worden als een reactie op geblokkeerde wegen in de zorg voor ouderen thuis. d'Ancona waarschuwde in 1976 voor de ogenschijnlijke populariteit van verzorgingshuizen onder ouderen: "Het feit dat bejaarden in vele gevallen zelf anticiperen op die situatie mag hen niet euvel geduid worden. Maar men moet het reageren binnen een onjuiste context op onjuiste oplossingen niet verwarren met een tegemoetkomen aan werkelijke wensen" (In: Humanitas, 1991). Ook bewindslieden uit het begin van de jaren zeventig verklaarden de onverminderde belangstelling voor het bejaardenoord vooral uit het ontbreken of het niet gegarandeerd beschikbaar zijn van 'open' alternatieven (Blommestein, 1990). Daarbij waren de instromende ouderen opgegroeid in een tijd waarin de burger niet mopperen mocht.

Tenslotte stelde Munnichs in die jaren vast dat er onomstotelijk een distanciëring, een relativering waar te nemen valt bij ouderen. Hij sprak in navolging van Rosenmayr (1965), die sprak van 'engagement at a distance', van een hernieuwd 'engagement in distantie'. Engagement van de oudere bleef bestaan maar op een andere manier. Men nam minder actief deel aan de samenleving, maar bleef wel geïnteresseerd (Munnichs 1990).

In deze periode, de jaren zestig, was het overheidsbeleid met name intramuraal gericht (Blommestein, 1990), maar in de samenleving begon de opvatting over ouderen meer in de richting van de activiteitentheorie te veranderen. Men ging meer de nadruk leggen op wat ouderen zelf nog konden. Ouderen werden in staat geacht zelf te beslissen over het gebruik van voorzieningen. Men streefde emancipatie van achtergestelde groepen na en dat had ook gevolgen voor de positie van ouderen (De Gouw & Pedrolì, 1992). De overvloedige institutionalisering van de bejaarden riep maatschappelijke reacties op. Er werd voor gepleit dit 'wegstoppen' te keren (Vermeulen & Bosma, 1992). Het rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau uit 1982 noemde als belangrijkste maatschappelijke ontwikkeling voor deze verandering de (waarschijnlijk) toegenomen onafhankelijkheid van mensen in zowel materieel als

psychisch opzicht. In het kielzog daarvan werd onafhankelijkheid ook door verzorgenden zelf opgeëist dan wel werd de wens zelfstandig te leven aan verzorgenden toegeschreven. Het 'zorgen voor ...' werd veranderd in 'ondersteunen en aanzetten tot eigen initiatief' (de Gouw & Pedroli, 1992).

### 1.3 De periode 1970 - 1980

#### *Overheidsbeleid*

Zoals gezegd begon eind jaren zestig de opvatting over ouderen te veranderen. In de samenleving ontstond een stroming die voorstond dat bejaarden ook meer invloed op hun eigen situatie zouden behouden. Er werden vraagtekens gezet bij het institutionaliseren van bejaarden. Het parlement eiste een nota over het te voeren bejaardenbeleid die in 1970 (nota Bejaardenbeleid 1970) verscheen. In deze nota werd voor het eerst melding gemaakt van integratie van ouderen in de samenleving, waarmee de handhaving van de zelfstandigheid van ouderen werd bedoeld (SCP, 1990). Er kwam een omslag in het beleid van institutionalisering, de overheid zette een beleid in, dat gericht was op het afremmen van de groei van het aantal bejaardenoorden (Nies, 1992). Het drong tot de overheid door dat de sterke groei van het aantal plaatsen in de bejaardenoorden niet voldoende bleek tegemoet te komen aan de toenemende behoefte aan zorg als gevolg van de vergrijzing. De meeste van deze tehuizen hadden lange wachtlijsten. Opnames vonden plaats volgens anciënniteit op deze lijsten. Bovendien werden de ouderen die de meeste zorg nodig hadden, juist niet opgenomen. Deze ouderen moesten thuisblijven of werden verwezen naar de verpleeghuizen, die eveneens na de tweede wereldoorlog waren ontstaan. Bij overheid en particulieren groeide het besef, dat gestreefd moest worden naar het zolang mogelijk handhaven van de zelfstandigheid van ouderen en het reguleren van de vraag naar intramurale zorg.

Door een wijziging in de Wet op de Bejaardenoorden (1972) poogde de overheid de toegang van ouderen tot het bejaardenoord te beperken door indicatiecommissies in te stellen die de noodzaak van opname moesten beoordelen. Tot de doelgroep behoorden nu bejaarden die naar het oordeel van een commissie de huisvesting *en* verzorging echt nodig hadden. In 1977 trad het indicatiestelling- en opnemingsbeleid in werking: slechts hulpbehoevende ouderen werden toegelaten. Het bejaardentehuis veranderde, ook in naam, in een verzorgingshuis.

In de daaropvolgende nota Bejaardenbeleid 1975 werd het beleid uit de nota Bejaardenbeleid 1970 voortgezet waarbij het belang van integratie en zelfstandigheid werd benadrukt. Het beleid bevatte drie elementen: het wegwerken van de achterstand van ouderen; het bevorderen van de zelfstandige woon- en leefwijze van ouderen; het

onderling afstemmen van de diverse voorzieningen voor ouderen. De mate van validiteit bepaalde de toelating tot de verschillende voorzieningen. Het aantal opgenomen bejaarden bedroeg in 1975 circa 10 procent van het totaal aantal bejaarden. In deze nota werd als doelstelling gekozen voor reductie tot 7 procent. Als compensatie werden uitbreiding van het aantal bejaardenwoningen, versterking van de wijkverpleging en gezinsverzorging, de brede invoering van dienstencentra en de verdere uitbouw van het verpleeghuiswezen aangekondigd.

De overheid werkte aan een objectief indicatiesysteem en aan betere aansluitingen en het vermijden van overlap tussen de verschillende voorzieningen voor ouderen. Het optimaliseren van de voorzieningen in de verzorgingsstaat in deze jaren resulteerde uiteindelijk in een ladder van woon- en leefvormen voor ouderen, afhankelijk van hun zorgbehoefte en zelfredzaamheid (Leene & Gullikers, 1994). De niet meer valide oudere moest verhuizen van een gewone woning naar een bejaardenwoning, vandaar naar een verzorgingshuis en bij een te grote zorgbehoefte naar het verpleeghuis (Naafs, 1993). Het ladder denken steunde aanvankelijk op de gedachte dat medisch en sociaal met objectieve zekerheid zou kunnen worden vastgesteld in welk oord iemand het beste zou kunnen verblijven (Leene & Gullikers, 1994).

### *Maatschappelijke ontwikkelingen*

In deze jaren ontstond er een breed gedragen besef dat aan professionele en in instituten geboden zorg onbedoelde neveneffecten kleeften (Houben, 1989). Er heerste een negatief beeld over de tehuizen, de vormgeving als 'total institution' was achterhaald (Goffman, 1977). Goffman omschreef als centraal kenmerk van totale instituties dat de grenzen tussen slapen, werken en vrije tijd, die in het normale leven gescheiden zijn, ontbraken. Alle aspecten van het leven voltrokken zich op dezelfde plaats en onder hetzelfde gezag. Iedere fase van de dagelijkse activiteiten van de leden werd uitgevoerd in het onmiddellijk gezelschap van een groot aantal anderen, die allen gelijk werden behandeld en dezelfde dingen samen moesten doen. Tevens waren alle activiteiten strak geschematiseerd waarbij de ene activiteit op een van te voren vastgesteld tijdstip overging in de volgende en waarbij de hele volgorde van activiteiten van bovenaf werd opgelegd middels een systeem van expliciete formele regels en door een staf van functionarissen. Tenslotte werden de diverse gedwongen activiteiten samengevoegd als delen van een enkel alomvattend rationeel plan dat willens en wetens was ontworpen om de officiële doeleinden van de institutie te vervullen (Goffman, 1977).

Ofschoon theoretisch misschien wel iets aan te merken was op Goffman's beschrijving van totale instituties (van Doorn, 1977) waren zijn observaties van dit soort instituties en het signaleren van de effecten van instituties op de bewoners van groot



maatschappelijk belang. Goffman's analyse van de ongunstige effecten van totale instituties op het gedrag en functioneren van bewoners die gedurende kortere of langere tijd daarin verblijven, riep maatschappelijke en politieke reacties op, die geleid hebben tot een aantal fundamentele ontwikkelingen in residentiële voorzieningen in de gezondheidszorg, resulterend in structurele veranderingen in het beleid met betrekking tot deze voorzieningen (Persoon & van den Hout, 1995).

Deze veranderingen vonden het eerst plaats in de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg. Hier vond een sterke beweging plaats naar kleinschaligheid, naar normalisatie en naar decentralisatie. Vanuit de professionele zorgverleners in de instituten zelf, maar ook vanuit actiegroepen in de samenleving ('Pet met de Zet', Pandora, Cliëntenbond) was er een zeer grote druk tot afschaffing van de massale, vaak sterk van de normale maatschappij afgegrensde instituten met hun uniform regime en weinig flexibele organisatie-structuur. In die tijd ontstonden de eerste experimenten vanuit een nieuwe zorgvisie (Dennendal in de zwakzinnigenzorg, Triëst in de Italiaanse psychiatrie). Dat deze ontwikkeling de wind in de zeilen kreeg is volgens Persoon en van den Hout (1995) mede het gevolg van het feit dat de overheid daarin kansen zag voor een nieuw beleid. De overheid greep de mogelijkheid aan tot kostenbeheersing en -vermindering omdat het paste in haar beleid van verschuiving van intramurale naar extramurale zorg, van tweede- en derdelijnszorg naar de eerste lijn, van substitutie van zorg.

Terug naar het verzorgingshuis. Eind jaren zestig en in de jaren zeventig stond weliswaar het institutionaliseren van ouderen onder kritiek en verlangde men integratie van ouderen in de samenleving, toch bleef het verzorgingshuis zelf nog buiten schot. In de beleving van de ouderen zelf, hun familie, de werkers in het veld en het beleid stond goede professionele zorg voor ouderen centraal (Munnichs, 1974). De samenleving individualiseerde in hoog tempo, groeperingen kwamen nadrukkelijk op voor belangen, eisten het recht op een goede verzorging en begripen als zorg op maat, zelfstandigheid en zeggenschap in de zorg waren inmiddels ingeburgerd. Het beeld van de ouderen als kwetsbare groep was inmiddels veranderd in een beeld dat zich kenmerkte door diversiteit, verschillende leefstijlen en opvattingen. Ouderdom werd meer gezien als fase met nieuwe mogelijkheden tot participatie. In het verzorgingshuis bleef echter de 'oude' burger nog lange tijd instromen - opgegroeid in een andere tijd met andere (ouderwetse) normen en opvattingen. Een burger die niet mocht mopperen (Van den Heuvel, 1992).

Vanaf het begin van de jaren tachtig kwam hierin verandering. De hierboven geschetste maatschappelijk ontwikkelingen lieten uiteindelijk ook het verzorgingshuis niet ongemoeid.

## 1.4 De periode 1980 - heden

### *Overheidsbeleid*

Vanaf 1980 bleek het tot de overheid door te dringen dat het aantal ouderen in Nederland snel en fors zou toenemen. In de nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid (1982) werd een analyse gemaakt van de te verwachten beleids- en financiële consequenties van het absoluut en relatief toenemend aantal ouderen. Kostenbeheersing werd een belangrijk beleidsdoel. Het maximum aantal opgenomen ouderen werd gesteld op 7 procent van het totaal aantal ouderen en de extramurale zorg kreeg grotere aandacht. De beleidsbrief ouderenbeleid (1983), een vervolg op de nota uit '82, sprak van de noodzaak tot een beheersing en terugdringing van de kosten van de ouderenzorg. Dit wilde de overheid bereiken door ontwikkeling van goedkopere alternatieven binnen het patroon van professionele voorzieningen en door stimulering van zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligershulp (Buis & Mandemaker, 1989).

Ook de verzorgingshuizen zelf kregen een taak in het voorkómen van opnames van bejaarden. De nota Flankerend Ouderenbeleid uit 1983 gaf de bejaardenoorden, inmiddels meestal verzorgingshuizen genoemd, mogelijkheden tot uitbreiding van taken. In plaats van nog meer intramurale voorzieningen te bouwen, zou een betere benutting en samenwerking tussen bestaande voorzieningen moeten leiden tot handhaving van de zelfstandigheid van ouderen. Nadruk werd gelegd op de ondersteuning van ouderen in de eigen situatie. Flankerend beleid zou niet alleen betrekking op 'zorg' moeten hebben, maar ook op 'emancipatie' en 'preventie'. De uitbreiding van taken van de verzorgingshuizen in het kader van het Flankerend beleid waren: kortdurende opname, dagverzorging en nachtopvang. Tijdelijke opvang bestond al langer. In 1991 werd de reikwijdte van de WBO opnieuw verbreed: verzorgingshuizen konden diensten verlenen aan ouderen in de thuissituatie, mits zij een indicatie voor een verzorgingshuis hadden.

In 1985 trad een geheel gewijzigde WBO in werking. De meeste veranderingen hadden direct of indirect te maken met kostenbeheersing. Het planningsbeleid, reeds in 1972 geïntroduceerd, werd nu ingevoerd en de bevoegdheid daarvoor kwam bij de Provincie te liggen. De bedoeling was dat op den duur een bepaalde verhouding tussen het aantal plaatsen in verzorgingshuizen en het aantal ouderen in een provincie werd gerealiseerd. Aanvankelijk baseerde men zich op het aantal 65 plussers in de provincie, sinds 1988 op het aantal 75 plussers (Huizer, 1988).

De later verschenen nota's (Flankerend Bejaardenbeleid' 1983; Zorg voor Ouderen, 1986; Voortgangsnota ouderenbeleid, 1988; nota Ouderen in Tel, 1990) borduurden in feite door op dit beleid. Wel legde iedere nota het accent ergens anders. Zo werd

in de nota 'Zorg voor ouderen' de nadruk gelegd op een geïntegreerde aanpak van de problematiek rond de zorg voor ouderen. Het instrument om dit te bereiken was substitutie. Deze politieke keuze is uitgewerkt in een centrale doelstelling die als volgt werd verwoord: "Als algemeen uitgangspunt van het regeringsbeleid geldt dat een verschuiving wordt bevorderd van intramurale naar extramurale zorg, van professionele hulpverlening naar zelfzorg en mantelzorg en van curatieve naar preventieve zorg" (Bosma & Vermeulen, 1992). De gedachte van de zorgzame samenleving werd door de overheid geïntroduceerd. Verder werd in 1986 als antwoord op de toenemende diversiteit in de vraag naar zorg, als gevolg van de toenemende diversiteit van leefstijlen onder ouderen, zorg op maat gezien (nota 'Zorg voor Ouderen, 1986). Dit betekende dat er enerzijds meer aandacht moest komen voor de vraagkant en anderzijds dat er meer differentiatie en flexibiliteit in de voorzieningenstructuur moesten worden aangebracht (Van de Wouden, 1990). De nota Voortgangsrapportage ouderenbeleid 1982- 1988 (1988) gaf een overzicht van de veranderingen tot dan toe. In de nota 'Flankerend bejaardenbeleid' werd de substitutie van formele zorg naar informele zorg op de voorgrond geplaatst.

De nota 'Ouderen in tel' (1990) stelde de maatschappelijke integratie van ouderen in de samenleving centraal. Nieuw was dat de beleidsnota's en studies uit de jaren tachtig over ouderen integraal waren samengevat. Deze nota is dan ook ondertekend door vijf ministeries (WVC, BZ, O&W, SoZaWe, VROM). Het kabinet besloot destijds tot een geïntegreerd ouderenbeleid en koos voor een aantal prioriteiten. In deze prioriteiten stond ontwikkeling van een preventiebeleid op lokaal en landelijk niveau voorop. Onderzoek naar determinanten van gezondheid, naar risicogroepen, naar de verdeling van de gezondheid van ouderen was voor de onderbouwing van dit beleid nodig. Het preventiebeleid moest zodanig vorm gegeven worden dat de kwaliteit van het leven van ouderen zou kunnen verbeteren en hun vitaliteit langer in stand zou kunnen blijven (Bosma & Vermeulen, 1992). Het zwaartepunt van het overheidsbeleid verschoof definitief van intramuraal naar extramuraal.

### *Maatschappelijke ontwikkelingen*

Het jaar 1985 bleek het hoogtepunt van het verzorgingshuis (zie tabel 1.1). Zoals uit het voorgaande bleek werd door de overheid al vanaf 1977 de groei enigszins afgeremd, maar de ombuigingen vonden pas plaats vanaf 1985. Tot die tijd groeide het aantal plaatsen, gepaard gaande met schaalvergroting. Met andere woorden de verzorgingshuizen werden steeds groter.

*Tabel 1.1 - Groei en bloei van het verzorgingshuis*

	'50	'65	'70	'75	'80	'85	'90
aantal VH*	812	1528	1880	1709	1547	1575	1525
plaatsen maal 1000	38	78	118	144	145	149	142
kosten % BNP	-	-	0.62	0.95	0.99	1.01	0.91
% 85+	10	20	22	27	34	41	39
% geen ADL** beperkingen	-	69	66	59	51	42	36

Bron: Gerntsen, 1992 (uit: van den Heuvel, 1992)

\* VH=verzorgingshuis; \*\* ADL=Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

Vanaf midden jaren tachtig vond er een omslag plaats in het denken over de geïnstitutionaliseerde zorg voor ouderen. De verzorgingshuizen zelf kwamen nu onder kritiek te staan. Vanaf 1984 werden, volgens van den Heuvel, de controlerende maatregelen van de overheid gevolgd door het opzetten van alternatieven voor het verzorgingshuis. De rek was uit de verzorgingsstaat. Het verzorgingshuis protesteerde tegen diverse overheidsmaatregelen, maar door gebrek aan maatschappelijk draagvlak met weinig succes. Dit gebrek aan succes was enerzijds toe te schrijven aan een tekort aan innovaties binnen het verzorgingshuis zelf om de zorg van ouderen aan te pakken, en anderzijds aan de eerder beschreven veranderde opvattingen in de samenleving.

Naar de mening van Van den Heuvel hebben de verzorgingshuizen zich te lang verscholen achter vermeende behoeften bij ouderen en de onmisbaar geachte functie van het verzorgingshuis. De behoefte en onmisbaarheid kwamen tot uitdrukking via de wachtlijsten. Deze zouden immers niet alleen het bestaan van de behoefte aangeven, maar ook het tekort aan capaciteit. Evaluatie-onderzoek van wachtlijsten heeft diverse malen de onbetrouwbaarheid (bijvoorbeeld niet-geïndiceerden; ouderen die wel geïndiceerd zijn, maar geen opname wilden; overleden personen) en de oneigenlijke functie (bijvoorbeeld uit zekerheid; tijdelijke hulpbehoefte) aangetoond (Van den Heuvel, 1992).

Tevens werd midden jaren tachtig aangetoond dat een veel groter deel van de ouderen andere woonwensen had dan men tot dan toe aannam (Houben et al., 1984). Zij wilden langer zelfstandig in hun eigen omgeving blijven wonen. Ze voelden zich echter bij een bepaalde actuele of potentiële hulpvraag gedwongen naar een beschermde of intramurale woonvorm te gaan, bij gebrek aan alternatieven. Gepleit werd voor het loslaten van de tot dan toe stringente koppeling tussen hulpbehoefte en woonvorm, die voor de hulpbehoevende oudere uitpakte als wat wel genoemd werd de 'negatieve wooncarrière'.

Duidelijk werd dat de eenzijdige en negatief gekleurde woonwensen van ouderen mede het gevolg waren van hun relatief lage maatschappelijke positie en een weinig geëmancipeerde houding (Houben, 1985). Om die reden kon het beleid zich jarenlang over de hoofden van ouderen heen ontwikkelen.

Tenslotte kwam de sterke benadrukking van de professionele zorg in het midden van de jaren tachtig aan kritiek bloot te staan. De al in 1977 door Hattinga Verschure geïntroduceerde driedeling: 'zelfzorg, mantelzorg, professionele zorg', wordt vanaf najaar 1980 populair (Hattinga Verschure, 1977). Het verzorgingshuis kwam aan kritiek bloot te staan. Onderdeel van de kritiek gold het ongedifferentieerde zorgaanbod. Zodra iemand voldeed aan de criteria die gesteld waren voor opname, kwam hij ook in aanmerking voor het gehele verzorgingspakket. De organisatie van verzorgingshuizen liet niet toe dat rekening werd gehouden met wat mensen zelf nog konden. Concreter gezegd, indien iemand geïndiceerd was voor opname in een verzorgingshuis omdat de stram geworden ledematen de persoonlijke verzorging bemoeilijkten, wilde dat nog niet zeggen dat zo iemand geen maaltijden zou kunnen bereiden of de eigen woonruimte zou kunnen schoonhouden (Mootz & Timmermans, 1981).

Een belangrijke kritiek betrof ook de inbreuk op de privacy. Een bewoner diende over het algemeen nogal wat gegevens over zichzelf achter te laten bij het personeel van de instelling. Kledingstukken moesten worden voorzien van een wasmerk, er moest afstand gedaan worden van veel persoonlijke bezittingen omdat ze niet meer in de doorgaans aanzienlijk veel kleinere woonruimte pasten. Bovendien werd de ouderen hun eigen inkomen ontnomen en kregen zij daarvoor in de plaats maandelijks 'zakgeld' (Schanzleh, 1993; Leene & Gullikers, 1994).

De ouderen kwamen in een verzorgingshuis te wonen met een organisatie die zo dwingend was dat de zelfstandigheid van de bewoners werd losgeweekt van de individuele mogelijkheden. Ouderen leverden bij de overgang van huis naar het verzorgingshuis in aan 'eigen richting geven aan het leven' (Leene & Gullikers, 1994).

Onder invloed van de Commissie Dekker (1983) kwam de zorgvraag centraal te staan in het zorgverleningsproces, waarvoor een aanbod op maat ontwikkeld diende te worden. Een consequentie van deze functiegerichte financiering was onder andere dat in de financiering van intramurale voorzieningen de woon- en verblijfsfunctie onderscheiden kon worden van de zorgverlening. Dit gaf een impuls aan vele experimenten en innovatieprojecten waarin een 'ontkoppeling' van wonen en zorg/verpleging mogelijk werd en waarin het systeem 'traplozer' kon gaan functioneren (Houben, 1994). Deze gebruikelijke koppeling tussen wonen en zorg werd vanaf begin jaren tachtig meer en meer vervangen door meer flexibele combinaties.

## 1.5 De positie van de patiënt

Parallel aan de maatschappelijke ontwikkelingen vonden er binnen de medische wereld en de betrokken professionals ook belangrijke veranderingen plaats die niet alleen gevolgen hebben gehad voor de positie van patiënten in het algemeen binnen de gezondheidszorg, maar ook voor de positie van de ouderen.

Tot ongeveer begin jaren zeventig heerste de opvatting dat gepensioneerden een rustige en verzorgde levensavond wensten en het beleid was dan ook vooral 'beschermend' en 'zorgend voor..'. Dit paste binnen de opvattingen die in de maatschappij in het algemeen heersten over mensen die niet aan de maatschappelijke verplichtingen konden voldoen door ziekte, gebrek of ouderdom.

In de analyse van de patiëntenrol onderscheidde Parsons (1951) de volgende kenmerken aan de positie van de patiënt:

- de patiënt is ontslagen van een aantal normale rolverplichtingen;
- hij is niet verantwoordelijk voor zijn toestand;
- hij moet zijn toestand ongewenst vinden en derhalve beter willen worden;
- hij is verplicht competente hulp in te roepen. i.c. die van de medicus.

De patiënt kreeg in ruil voor rust en vrijstelling deskundige hulp waar hij zich aan over moest geven. Uit dit model van Parsons sprak een zekere harmonie wat de relatie tussen arts en patiënt betrof: de dokter had de leidende rol en de patiënt een volgende. Sociologen als Freidson (1962) brachten nuanceringen aan en benaderden de relatie tussen patiënt en de arts vanuit een conflictmodel dat uitging van een inherente discrepantie tussen enerzijds de verwachtingen van de patiënt en anderzijds datgene wat de dokter feitelijk te bieden had (Persoon, 1991). Kenmerkend voor de positie van de patiënt was zijn grote mate van afhankelijkheid in een voor hem bedreigende en onzekere situatie, waarbij hij emotioneel sterk betrokken was. Kenmerkend voor de positie van de arts was zijn exclusiviteit van hulpverlening en de voortdurende aanwezige mogelijkheid van kritieke situaties waarin alleen hij kon optre-

den. Alhoewel Freidson in de jaren zestig al beschreef dat de verwachtingen van de patiënt anders waren dan die van de hulpverlener (het lekensysteem versus het professionele systeem) kreeg de eigen inbreng van de patiënt in het zorgverleningsproces niet méér aandacht. De rol van het lekensysteem werd verwaarloosd: onderzoekers hielden zich nogal eenzijdig bezig met processen van dominantie van professionals (Verbeek-Heida, 1991).

Kenmerkend voor deze periode was de visie dat patiënten beschermd moesten worden, niet verantwoordelijk waren voor hun eigen situatie en dat artsen bepaalden wat goed voor hen was. De invloed van de geneeskunde op de maatschappij nam in deze periode toe. Voor alles wat buiten de norm viel was een medisch etiket beschikbaar. De maatschappij had aan artsen de taak toegewezen te beoordelen wie ziek was en wie niet en welke rechten (uitkering) en plichten (behandeling) daaruit voortvloeiden. De arts legitimeerde dus bepaald gedrag door het tot ziekte te verklaren (Fahrenfort, 1991). Aan het einde van deze periode kwam er steeds meer kritiek op deze ontwikkeling van de geneeskunde. Zola (1973) bekritiseerde deze, wat hij noemde medicalisering van de samenleving.

De geneeskunde en de betrokken professionals bedreigden de vrijheid van het individu door hun onoverzichtelijkheid, hun specialistische en hun fragmentarische benadering, de te grote afhankelijkheid van leken en het inperken van hun mogelijkheden tot zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid (Boot & Knapen, 1988).

Vanaf de jaren zeventig onderging deze visie over gezondheidszorg en de positie van de patiënt grote veranderingen. Hieraan lagen drie belangrijke ontwikkelingen ten grondslag.

Ten *eerste* kwamen patiënten nadrukkelijker op de voorgrond doordat patiënten c.q. consumenten steeds meer in georganiseerd verband uiting gingen geven aan hun eigen wensen en gedachten omtrent gezondheid en gezondheidszorg (Geelen et al., 1991). Naast de reeds beschreven kritiek op de professionele gezondheidszorg gaven Geelen et al. (1991) de volgende verklaringen voor het feit dat in deze periode (pas) patiënten een nadrukkelijker rol wensten omtrent de eigen gezondheid en gezondheidsgedrag:

- het wegvallen van sociale verbanden, patiëntenorganisaties boden steun welke vroeger uit de sociale omgeving kwam,
- de opkomst van de zelfhulpideologie: zo min mogelijk afhankelijk van anderen en zelf het heft in handen nemen,
- het toegenomen opleidingsniveau en de grotere beschikbaarheid van medische informatie.

Op tal van terreinen is de grotere invloed van patiëntenorganen en hun belangen aan te geven. Het voert hier echter te ver deze te bespreken.

Ook in onderzoeken kwam de patiënt beter in beeld. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven uit onderzoek naar therapietrouw. De term therapietrouw suggereerde dat patiënten de arts moesten gehoorzamen en zich neerleggen bij diens voorschriften. Onderzoeken op dat gebied leverden in eerste instantie weinig concrete gegevens op omdat onderzoekers steevast van de opvatting uitgingen dat de arts als enige deskundige het bij het rechte eind had en dat therapietrouw het enig rationele gedrag was. Dit had tot gevolg dat men steevast voorbij ging aan de vraag waarom mensen richtlijnen van de arts niet volgden. Naar aanleiding van deze kritiek kwam er een grotere aandacht voor ideeën, houdingen en ervaringen van patiënten met betrekking tot ziekten en de behandeling ervan (lekenperspectief). Het betrekken van patiënten bij het hulpverleningsproces, het goed informeren leek positieve invloed te hebben op het herstel (Schepers & Nievaard, 1990).

Binnen de gezondheidszorg kreeg de patiënt c.q. consument langzamerhand een duidelijker plaats.

De relatie arts- patiënt is de richting opgegaan van het derde type van de arts-patiënt relatie van Szasz en Hollender (1956). Was in de eerste twee relaties van Szasz en Hollender de arts nog de deskundige en moest de patiënt doen wat hem opgedragen werd, in het derde type was er sprake van wederzijdse participatie, waarbij de arts de patiënt helpt zichzelf te helpen. De rol van de arts was in dit model een meer adviserende en begeleidende rol (Schepers & Nievaard, 1990). Uiteraard was hier, evenals bij Parsons, sprake van een ideaaltype. Doch dit model lijkt eerder bij deze tijd te passen dan de analyse door Parsons. De artsen waren meer dan vroeger doordrongen van het feit dat patiënten een eigen boodschap hadden, die niet zonder meer te vertalen was in diagnosecategorieën. Huisartsen werd mede daardoor een brede taak toebedeeld, waarin naast diagnostiek en behandeling plaats was voor een gesprek en voor psychische en sociale achtergronden van de klacht. Daarbij werd onder andere aandacht besteed aan de negatieve aspecten van zorg, zoals bijvoorbeeld somatische fixatie, waarbij individuen neigden om maatschappelijk bepaalde klachten in de medische setting voor behandeling aan te bieden (somatisering). De sociale omgeving van de patiënt, inclusief gezin bleek hierop wezenlijke invloed te hebben. Er kwam meer aandacht voor de weerbaarheid van de patiënt, zijn sociale omgeving en de woonomgeving (van Weel, 1996). Patiënten kregen op hun beurt meer ruimte voor eigen inbreng, hetzij rechtstreeks of via organisaties die patiëntenbelangen op uiteenlopende wijze behartigen (Mootz, 1996).

Met de toenemende mondigheid van de patiënt c.q. consument en diens eigen verantwoordelijkheid, met andere woorden de emancipatie van de patiënt, kwam de beschermingsgedachte ter discussie te staan. Wat als bescherming en zorg bedoeld was, werd als betutteling en als beknellend ervaren.



Ten *tweede* nam in deze jaren bij de Nederlandse bevolking de waardering voor een goede gezondheid toe. In de periode 1966 - 1993 is de waardering voor een goede gezondheid voortdurend gestegen. Kooiker (1996) gaf drie verklaringen hiervoor. Ten eerste zijn de mogelijkheden om een goede gezondheid te verwerven en te behouden in de naoorlogse jaren sterk uitgebreid. Gezondheid kon evenwel niet gegarandeerd worden en was geen recht waarop men aanspraak kon maken. Gezondheid werd nooit vanzelfsprekend. Ten tweede was er sprake van een afname van het belang van traditionele waarden als huwelijk en geloof ten gunste van zelfontplooiing en consumptief genot, waarvoor een goede gezondheid een noodzakelijke voorwaarde was. Tenslotte speelde, aldus Kooiker, ook het normatieve element in de waardering voor gezondheid een rol: de opmars van de wetenschappelijke normen omtrent gezond gedrag (Kooiker, 1996). De aandacht voor voeding en lichaamsbeweging, als fitness, joggen etc. waren concrete uitingen hiervan.

Ten *derde* vond er na 1970 ook een omslag plaats in het medisch geneeskundige handelen. Het revalideringsprincipe kreeg in deze periode meer aandacht. Werd in de periode voor 1970 een patiënt met een hartinfarct nog zes weken bedrust voorgeschreven, dezelfde patiënt wordt nu vanaf de eerste dag gerevalideerd (Soons, 1995). De opkomst van de revalidatie is ten dele toe te schrijven aan de vergrijzing en de toename van chronische ziekten (De Witte, 1991). Hierdoor werd het accent verlegd van cure naar care: niet alleen de ziekte stond meer op de voorgrond ook de consequenties van de ziekte voor de patiënt en zijn omgeving stonden centraal (Banga, 1984). Wetenschappelijke onderzoeken toonden aan dat enerzijds beweging en mobilisatie geen complicaties te weeg brachten terwijl anderzijds onderkend werd dat bewegingsarmoede risico factoren inhielden bij hart- en vaatziekten (zie bijvoorbeeld Soons, 1995; Publicaties van de NHS). Ook diabetes is een voorbeeld van de veranderende opvatting binnen het medisch handelen. Bij diabetes stond een min of meer rigide therapie centraal en diende het dagelijks leven daaraan aangepast te worden. Heden ten dage staat het dagelijks leven centraal en wordt gepoogd de therapie daar aan dienstbaar te maken. Zelfcontrole en zelfregulatie vormen hierin centrale concepten, evenals het 'vrije' dieet (Horst et al., 1997). De snellere revalidatie van patiënten uitte zich bijvoorbeeld in de verkorting van het aantal ligdagen in ziekenhuizen. De patiënt kreeg binnen de medische behandeling ook een grotere verantwoordelijkheid doordat een deel van het therapeutisch proces zich buiten de ziekenhuizen afspeelde.

De beschreven ontwikkelingen hebben uiteraard met elkaar te maken. Het is echter gecompliceerd te zeggen op welke manier deze ontwikkelingen elkaar versterken ofwel in elkaar grijpen. Zo is er waarschijnlijk geen ondersteuning te vinden voor de veronderstelling dat de mondigheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

heeft geleid tot snellere reactivering van patiënten en een groter aandeel in het therapeutisch proces. Anderzijds is er misschien wel ondersteuning te vinden voor de veronderstelling dat een snellere reactivering en een groter aandeel van patiënten in het therapeutisch proces niet kon plaatsvinden zonder de toenemende mondigheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Deze drie ontwikkelingen hadden ook hun uitwerking op de ouderen. Tot midden jaren '80 bleef het vanuit de ouderen en ouderenbonden betrekkelijk rustig. Dit heeft naast de weinig emancipatoire houding en lage maatschappelijke positie, te maken met het feit dat ouderenbonden ten opzichte van andere patiënten en consumentenorganisaties een betrekkelijk jong verschijnsel vormden. Ze dateerden feitelijk vanaf de tweede wereldoorlog. De verklaring voor deze late start is eenvoudig: het aantal ouderen in de vooroorlogse periode was, in verhouding tot de rest van de bevolking, vrij gering. Bovendien was de oudere bevolking als zodanig nauwelijks zichtbaar en er waren weinig specifieke voorzieningen voor ouderen, waardoor hun positie minder werd besproken in de politiek. De ouderenbonden waren aanvankelijk meer recreatief en educatief gericht en minder op vertegenwoordiging van de mening van de ouderen (Wehkamp, 1987). Er werd nog vooral voor hen gedacht. De mening van ouderen speelde zelden een rol van betekenis in het beleid aangaande en de praktijk van de zorg of in de wetenschap (Van den Heuvel, 1987).

De ouderenbonden, verenigd in het Cosbo, ontwikkelden zich, via politiek-beleidsmatige actiedoelen, steeds meer in de richting van een emancipatorische doelstelling. Waarden als ontplooiing in de derde levensfase kregen steeds meer aandacht. Ouderen eisten uiteindelijk ook meer eigen verantwoordelijkheid, zeggenschap in de zorg en zelfstandigheid. De ouderen en de ouderenbonden traden nadrukkelijker op de voorgrond.

Ook revalidatie of (re)activering werd gangbaar binnen de ouderenzorg, evenals een grotere aandacht voor de gezondheid in de derde levensfase. Zelf bijdragen aan een gezond en lang leven door onder andere de eigen vitaliteit in stand te houden, door zo lang mogelijk zelf dingen te blijven doen, greep op het eigen leven en de eigen omgeving te houden en actief te blijven binnen de maatschappij. De opkomst van Meer Bewegen voor Ouderen is hier een concreet voorbeeld van (Kroes, 1987).

## **1.6 Innovatieprojecten wonen en zorg voor ouderen**

Deze ontwikkelingen weerspiegelen zich ook in de ontwikkelingen in woonvoorzieningen voor ouderen. Uit een inventarisatie van Van Eck et al. (1988) bleek dat vernieuwingen de laatste jaren vooral plaatsvonden ten aanzien van:

- woonprojecten met gemeenschappelijke voorzieningen waarbij zeggenschap van de bewoners centraal stond,
- woonzorgconcepten uitgaande van de bestaande woonomgeving van ouderen;
- zorgconcepten die intramurale zorgverlening moesten vervangen.

Zaal et al. (1993) hebben in een inventarisatie de enorme diversiteit van de nieuwe woonvormen teruggebracht tot drie typen:

### 1. Woongemeenschappen

In een woongemeenschap hebben ouderen ieder een eigen, volledig geoutilleerd appartement, maar beschikken daarnaast over gezamenlijke ruimten, waarvoor, in veel gevallen, enkele vierkante meters privé-ruimte is afgestaan. De mate waarin activiteiten samen met de medebewoners ondernomen worden verschilt per woongemeenschap.

### 2. Wooncentrum met zorg- en/of dienstverlening zonder intramurale indicatie.

Een grotere groep ouderen woont hier. Het verschilt uiterlijk niet veel van een woongemeenschap, behalve dat het meestal groter is. Het zorgaanbod in een dergelijk woonzorgcentrum bestaat in principe uit extramurale hulpverlening die overigens ter beschikking staat van iedere oudere die in het bezit is van de bijbehorende indicatie voor gezinszorg en wijkverpleging. De ouderen betalen voor deze zorg op dezelfde wijze als zij zouden doen wanneer zij in de wijk zouden wonen.

De zorgverlening staat in principe wel centraal, maar het woonzorgcentrum kan ook bewoond worden door ouderen die diensten als alarmering, restaurantvoorziening en klussendienst ter beschikking hebben. Een voorbeeld hiervan is de service-flat.

### 3. Wooncentrum met zorg- en/of dienstverlening met intramurale indicatie.

De professionele zorgverlening staat centraal en deze is ook gegarandeerd. Ouderen kunnen tevens gebruik maken van diverse diensten. Vaak betreft het een alarmeringssysteem, een maaltijdvoorziening, een klussendienst etc. Deze diensten staan vaak ook ter beschikking van in de wijk verblijvende ouderen. De ouderen beschikken vaak over een eigen volledig geoutilleerd appartement (Zaal et al., 1993). In deze categorie valt het Wooncentrum Nieuw Doddendaal.

## 1.7 Zelfstandigheid en autonomie

Zoals wij hebben laten zien bestaat er een grote variatie en diversiteit in projecten wat betreft zorg en wonen voor ouderen. Wat de meeste projecten echter gemeen hebben is het uitgangspunt: behoud van zelfstandigheid c.q. autonomie. In de huidi-

ge beleidsvisies ten aanzien van de diverse woonvormen wordt aan zelfstandigheid een belangrijke waarde toegekend. Behoud van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid worden essentieel geacht voor bewoners, omdat dit bijdraagt aan hun gevoel van welbevinden en eigenwaarde.

Zo bleek uit onderzoek van Langer en Rodin (1976) dat ouderen in een verzorgingshuis waarbij de controle over de eigen leefsituatie toegenomen was, actiever, gelukkiger en meer alert waren dan ouderen uit de vergelijkingsgroep, die geen of minder controle over de eigen leefsituatie hadden. Na nog eenzelfde soort onderzoek achtien maanden later moesten Rodin en Langer (1977) concluderen dat de groep met controle over het eigen leven een toegenomen gezondheid vertoonde. Slivinske en Fitch (1987) concludeerden op basis van hun onderzoek eveneens dat de mogelijkheid van ouderen om hun omgeving succesvol te manipuleren samenhangt met een toegenomen gezondheid en welbevinden van het individu.

Uit Nederlands onderzoek bleek het leefklimaat in verzorgingshuizen en verpleeghuizen in belangrijke mate afhankelijk van de autonomie van de bewoners: van de mate waarin bewoners in staat waren en de mogelijkheid hadden de eigen leefsituatie te bepalen (Weert et al., 1989).

Leene en Gullikers (1994) zetten een aantal kanttekeningen bij het 'zelfstandigheidsconcept'. De roep om zelfstandigheid van ouderen in verzorgingshuizen beruiste op een tweetal veronderstellingen. De eerste was dat de individuele, fluctuerende zorgvraag objectiveerbaar was. In werkelijkheid, zo waarschuwden Leene en Gullikers, vond er altijd een vergroving van de zorgvraag plaats. Ten tweede waarschuwden zij voor de veronderstelling dat er een op het individu afgestemde differentiatie van de omgeving mogelijk zou zijn binnen de, zoals zij het noemden, massieve regels van de organisatie (Leene & Gullikers, 1994).

Zelfstandigheid en autonomie zijn begrippen geworden waar in discussies over de maatschappelijke positie van ouderen enerzijds veel waarde aan gehecht wordt. Ze hebben een sterk ideologische lading gekregen. Anderzijds worden bij de precieze betekenis kanttekeningen geplaatst. Ten tijde van de start van het onderzoek was er nog nauwelijks literatuur voorhanden waarin deze begrippen, met name in relatie tot ouderen die vanwege hun gezondheid een beroep op de gezondheidszorg moesten doen, geconcretiseerd werden. Ook in de opzet voor het experiment Nieuw Dodendaal werden deze begrippen door de deelnemende partijen niet expliciet geconcretiseerd. Verschillende auteurs hebben er inmiddels op gewezen dat deze begrippen weliswaar veelvuldig en meestal door elkaar gebruikt worden, maar dat meestal niet uitgelegd wordt wat er onder moet worden verstaan (Schanzle, 1993; Knipscheer, 1994; Pool, 1995; Pols et al., 1997). Inmiddels is er meer literatuur voorhanden. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven hoe in de huidige literatuur deze begrip-

pen worden geconcretiseerd. In onze nabeschuiving zullen wij de resultaten van ons onderzoek plaatsen binnen de huidige inzichten.

Zoals gezegd worden de begrippen zelfstandigheid en autonomie vaak door elkaar en als synoniem van elkaar gebruikt. Zo noteerde Knipscheer (1994) de volgende betekenissen van het begrip zelfstandigheid: zelf het leven inrichten, zelfstandig wonen en het voeren van een eigen huishouden, zelfstandig in de zin van geen hulp van anderen, onafhankelijkheid en tenslotte zelfstandig sociaal functioneren. Het hebben van een redelijk inkomen wordt vaak toegevoegd als een van de eerste voorwaarden voor zelfstandig leven. Met betrekking tot het begrip autonomie merkt Ter Meulen (1994) op dat het begrip autonomie vaak gebruikt wordt zonder dat men zich afvraagt wat het begrip precies inhoudt. Er worden verschillende betekenissen als zelfbeschikking, het maken van keuzes, onafhankelijkheid en zelfredzaamheid aan toegekend, aldus Ter Meulen. De aan zelfstandigheid en autonomie toegekende betekenissen bevatten, zij het in andere termen, veelal dezelfde elementen.

### *Zelfstandigheid*

In de begrippenstudie van Hell en Kleijn (1994) wordt de term zelfstandigheid gebruikt als een paraplubegrip voor de 'mate waarin een persoon zijn of haar leven in handen heeft'. Binnen de term zelfstandigheid wordt onderscheid gemaakt tussen 'zelfstandig functioneren' en 'zelfredzaamheid'. Zelfstandig functioneren verwijst naar wat de persoon daadwerkelijk doet en 'zelfredzaamheid' verwijst naar hetgeen een persoon in principe zelf kan doen. Zelfstandig functioneren blijkt in veel definities nader te worden ingevuld als 'in staat zijn tot huishoudelijke activiteiten en activiteiten met betrekking tot de persoonlijke verzorging'. Het CBS (1993) verstaat onder zelfredzaamheid 'de mate waarin ouderen zonder hulp van anderen hun dagelijks leven kunnen leiden'. Wiegemans (1990) gebruikt een bredere definitie van zelfredzaamheid namelijk de mate waarin iemand zich al dan niet met behulp van derden, in de samenleving kan handhaven.

Knipscheer (1994) brengt het begrip zelfstandig functioneren terug tot drie domeinen:

- 1) het domein van de zelfbeschikking, ook wel individuele autonomie genoemd:
  - . zelf kiezen
  - . zelfstandig oordelen
- 2) het domein van de zelfredzaamheid:
  - . huishoudelijke en persoonlijke verzorging
  - . zorg dragen voor financiële zaken
- 3) het domein van de participatie:
  - . het meedoen in diverse sociale verbanden.

Zelfstandigheid wordt in de literatuur enerzijds beperkt tot het (lichamelijk) functioneren met betrekking tot algemeen dagelijkse en huishoudelijke activiteiten die al dan niet met behulp van derden uitgevoerd kunnen worden, anderzijds worden bredere definities gebruikt, waarin aspecten als 'zelf kiezen en oordelen' zijn opgenomen. Voor deze laatste aspecten wordt ook wel de term autonomie gebruikt.

### *Autonomie*

Van Willigenburg et al. (1993) definieert autonomie als 'de mogelijkheid om over jezelf te beschikken'. Dat wil zeggen 'zelf te bepalen hoe je leven eruit ziet', 'zelf te kiezen' en 'zelf richting te geven aan je handelen'. In een overzichtsstudie van Deeg et al. (1993) ten behoeven van de opzet van een longitudinaal onderzoek wordt beschreven dat bij ouderen, bij wie de kans op genezing vaak niet meer aan de orde is, de nadruk komt te liggen op het beperken van de invloed van de ziekte hetgeen equivalent wordt beschouwd met het zolang mogelijk garanderen van het autonoom functioneren. Bij deze uitwerking blijkt autonomie aspecten van zelfredzaamheid en zelfstandigheid in te houden.

In de studie van Pols et al. (1997) wordt ook opgemerkt dat in de gerontologische literatuur meestal het begrip autonomie gebruikt wordt als het gaat over zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Auteurs geven de volgende betekenis aan het begrip autonomie: het recht op zelfbeschikking, de vrijheid om beslissingen te nemen en keuzes te maken, je zelf kunnen redden en tenslotte vorm kunnen geven aan het eigen leven op een door de persoon verkozen manier. Volgens Pols et al. is deze begripsbepaling ingewikkelder als het gaat om mensen die op zorg of hulp van anderen aangewezen zijn. Hun autonomie is op bepaalde terreinen verstoord. Hulp op het ene terrein creëert voorwaarden voor zelfstandigheid op andere terreinen. Voor mensen die op hulp zijn aangewezen is autonomie dan ook het best te begrijpen als een proces dat samen met andere vormgegeven wordt. Voor deze sociale benadering van het begrip autonomie pleit ook Agich (1993). Volgens Agich is de autonomie nooit af: het individu ontwikkelt zich voortdurend en wordt daarbij gevoed door allerlei ervaringen en sociale interacties.

In een onderzoek naar kwaliteit van leven bij verpleeghuisbewoners gebruiken van Campen et al. (1997) (ervaren) autonomie als een belangrijk aspect, waaraan zij twee dimensies onderscheiden: directe en indirecte autonomie. Onder directe autonomie worden het zelf handelingen verrichten en het zelf keuzes maken verstaan. Onder indirecte autonomie, worden aspecten verstaan die gerealiseerd worden via tussenkomst van derden: bejegening door het (verzorgend) personeel en formele inspraak via inspraakorganen. Van Campen et al. (1997) merken op dat (ervaren) veiligheid een belangrijke basisvoorwaarde voor autonomie is.

Zij onderscheiden fysieke veiligheid (organisatie en accommodatie) en emotionele veiligheid (informatie en vertrouwen). Zij geven hierbij de volgende voorbeelden. Een bewoner die zich onveilig voelt wanneer hij door de gang loopt zal niet zo snel naar een gemeenschappelijk ruimte gaan om daar iets te gaan doen (de fysieke onveiligheid, meer specifiek de accommodatie, vormt een belemmering voor directe autonomie). Een ander voorbeeld: een bewoner die geen vertrouwen heeft in de verzorgenden zal niet makkelijk zijn wensen met betrekking tot het behandeld worden als een volwaardig individu kenbaar durven maken (hierbij is de emotionele onveiligheid een belemmering voor indirecte autonomie) (Van Campen, et al., 1997). Ook Van Loveren-Huyben (1995) wijst in haar onderzoek onder bewoners in verzorgingshuizen op het belang van veiligheid voor autonomie. Veiligheid duidt op een toestand waarin ouderen door de omgeving in staat gesteld worden om belangrijke levensdoelen te realiseren.

Recentelijk zijn de begrippen zelfstandigheid en autonomie in een artikel in breder sociologisch theoretisch kader geplaatst (Philipsen & Stevens, 1997). Gebaseerd op de moderniseringstheorieën van Weber, Parsons, Mannheim, Elias and Habermas analyseren auteurs continuïteit van zorg. De moderne gezondheidszorg wordt gezien als een voortgaand proces van differentiatie van gezondheidszorg organisaties en professies. Voor patiënten die kortstondig gebruik maken van de gezondheidszorg is dit zeer efficiënt. Echter voor chronische patiënten die langdurig afhankelijk zijn van hulpverleners blijkt de moderne gezondheidszorg conflicten op te leveren met de leefwereld van de patiënten, waar continuïteit, welbevinden, autonomie, solidariteit en zingeving als belangrijke waarden gezien worden. Door langdurig afhankelijk te zijn van de rationeel ingestelde gezondheidszorg, waarin weinig aandacht bestaat voor de leefwereld van de patiënt komen de autonomie en het zelfstandig leven onder druk te staan. Continuïteit van zorg, bijvoorbeeld door middel van case management, met aandacht voor de leefwereld van patiënten en stimuleren van zelfzorg wordt als een belangrijke voorwaarde gezien voor de kwaliteit van leven van met name mensen die langdurig afhankelijk zijn van hulpverleners. Middels resultaten van verschillende onderzoeken tonen Philipsen en Stevens aan dat discontinuïteit in de zorg voor chronische patiënten negatieve invloed heeft op hun leefwereld.

Resumerend kan gezegd worden dat de begrippen zelfstandigheid en autonomie vaak dezelfde elementen omvatten. Het gaat enerzijds om zelf handelingen verrichten bij ADL en HDL (meer in de zin van zelfredzaamheid) en anderzijds greep op eigen leven hebben, zelf keuzes maken (meer in de zin autonomie). In het geval van patiënten die langdurig afhankelijk zijn van zorgverlening door derden is aandacht van de hulpverleners voor de eigen leefwereld van de patiënt belangrijk.

Op grond van bovenstaande literatuur worden, toegepast voor deze situatie waar ouderen langdurig afhankelijk zijn van hulp verleend door derden, de begrippen zelfstandigheid, autonomie en zelfredzaamheid als volgt geconcretiseerd. In navolging van Hell en Kleijn (1994) wordt het begrip zelfstandigheid gebruikt als overkoepelelnd begrip dat twee dimensie bevat, namelijk zelfredzaamheid en autonomie. Als basisvoorwaarden voor zelfstandigheid wordt veiligheid, bejegening door personeel, het beheren van de eigen financiën en formele inspraakorganen onderscheiden. Onder autonomie worden de volgende aspecten onderscheiden: zelf beslissingen nemen, zelf keuzes maken, vorm geven aan je eigen leven en beheer over financiële zaken. Onder zelfredzaamheid wordt verstaan: zelfstandig wonen, zelfstandig huishouden voren al dan niet met behulp van derden en zoveel mogelijk zelf doen. In schema 1.1 worden de verschillende elementen ondergebracht.

*Schema 1.1 - Aspecten van zelfstandigheid, autonomie en zelfredzaamheid*

<b>Zelfstandigheid</b>	
Basisvoorwaarden voor zelfstandigheid	
. fysieke veiligheid	
. emotionele veiligheid	
. bejegening door personeel	
. formele inspraakorganen	
. beheren van eigen financiën	
<b>Autonomie</b>	<b>Zelfredzaamheid</b>
. zelf beslissingen nemen	. zelfstandig wonen
. zelf keuzes maken	. zelfstandig huishouden voeren
. vorm geven aan je eigen leven	al dan niet met behulp van derden
	. zoveel mogelijk zelf doen

Zoals eerder gezegd, komen wij in onze nabeschuwing nog hierop terug.

## 1.8 Probleemstelling

Uit de beschrijving van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in het algemeen, in de ouderenzorg en in de veranderende positie van de patiënt is naar voren gekomen dat er binnen de gezondheidszorg een omslag heeft plaatsgevonden. Diverse ontwikkelingen hebben er toe geleid dat de cliënten meer centraal staan binnen de



gezondheidszorg. In de ouderenzorg is er een streven naar behoud van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. De hulpvraag van de oudere staat centraal en niet het aanbod van diensten vanuit de organisatie of dienstverlenende instelling. Dit streven was en is steeds terug te vinden in nagenoeg alle beleidsnotities over en plannen voor de ouderenzorg. Deze min of meer (ideale) theoretische uitgangspunten riepen de vraag op wat er in de praktijk gebeurde wanneer daadwerkelijk deze uitgangspunten ingevoerd werden, met andere woorden de vraag naar de implementatie.

In de voorgaande paragraaf werden drie typen woonvormen voor ouderen beschreven. De overgang van zelfstandig thuiswonen naar het derde woontype: een wooncentrum met zorg- en/of dienstverlening met intramurale indicatie mag het grootst verondersteld worden. In de eerste twee typen is geen sprake van voor het wooncentrum centraal geregelde dienstverlening met betrekking tot verpleging en verzorging. De ouderen krijgen, indien nodig, hulp op dezelfde wijze van het kruiswerk en gezinszorg als zouden zij in de wijk wonen.

In het derde type staat de professionele zorgverlening centraal en is deze ook gegarandeerd. De zorg die aan ouderen verleend wordt, is veelal intensiever dan in beide andere woonvormen en centraal georganiseerd.

Verwacht mag worden dat binnen dit type woonvorm (eventuele) problemen bij de realisatie van bovengenoemde uitgangspunten het meest pregnant naar voren komen.

De centrale probleemstelling in dit onderzoek is dan ook na te gaan of het mogelijk is de hulpvraag van ouderen centraal te stellen binnen een situatie waar zorg en verblijf gecombineerd worden, waarbij behoud van zelfstandigheid en de eigen verantwoordelijkheid uitgangspunten zijn.

Een innovatieproject in de ouderenzorg is gebruikt om op deze vraag antwoord te krijgen. Het betreft een wooncentrum voor ouderen met een indicatie voor een verzorgingshuis. Behoud van zelfstandigheid en behoud van de eigen levenswijze van de oudere vormden de belangrijkste uitgangspunten van waaruit het wooncentrum werkte.

In de hiernavolgende paragraaf worden opzet en werkwijze van wooncentrum Nieuw Doddendaal beschreven.

## **1.9 Opzet en werkwijze experiment Nieuw Doddendaal**

Het bejaardencentrum 'Huize Doddendaal' in de wijk Binnen-en Benedenstad van Nijmegen stond in 1986 op de nominatie te worden opgeheven. Dit bejaardencen-

trum was in 1960 tot stand gekomen en bood aan 63 bejaarden huisvesting. Huize Doddendaal was in die tijd ondergebracht bij de Stichting Bejaardenhuizen Nijmegen (SBN)<sup>1</sup>, waarbij vanaf 1970 ook een ander Nijmeegs verzorgingshuis is aangesloten. In 1986 maakte de Provincie Gelderland het voornemen bekend Huize Doddendaal tezamen met een aantal andere Nijmeegse verzorgingshuizen te willen sluiten. Dit gebeurde in het kader van de volgens de Provincie noodzakelijke spreiding en herverdeling van verzorgingsplaatsen in Gelderland. De reactie hierop was het ontwikkelen van een Nijmeegs Alternatief door instellingen die zich bezighielden met ouderenzorg, waaronder Doddendaal en de Gemeente Nijmegen. Voor Doddendaal leidde dit uiteindelijk tot het behoud van een verzorgingshuis met 40 plaatsen op de oude locatie. Doddendaal onderging een ingrijpende renovatie. De bewoners hebben in andere verzorgingshuizen of elders onderdak gevonden en het personeel is ontslagen. Deze situatie bood de mogelijkheid ook het traditionele zorgconcept van het verzorgingshuis te veranderen. Doddendaal kreeg van de Provincie Gelderland toestemming hiervoor. Bestuur van de SBN en de directie van Doddendaal hebben daarop een ontwerp voor het nieuwe Doddendaal opgesteld, dat uitmondde in een experimentplan 'Nieuw Doddendaal' Nijmegen (Schanzleh & Timmers, 1989).

Doddendaal kreeg van de Provincie Gelderland de status van 'experiment' voor de duur van drie jaar en de Provincie honoreerde het verzoek van de SBN voor subsidie ten behoeve van het experiment onder de volgende voorwaarden.

- Een consequente doorvoering van Nieuw Doddendaal als een wijkvoorziening in die zin, dat ouderen buiten de wijk niet als eerste in aanmerking kwamen voor huisvesting in Nieuw Doddendaal.
- Er dienden contracten te worden afgesloten tussen Nieuw Doddendaal en de diverse dienstverlenende instanties, aangezien adhesiebetuigingen te vrijblijvend zijn.
- Indien het experiment niet zou slagen, moest er een mogelijkheid zijn voor terugkeer naar het standaardmodel verzorgingshuis.

Het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) te Nijmegen kreeg van de Gelderse Raad voor het Ouderenbeleid (thans Sector Ouderen van het Gelders Instituut voor Welzijn en Gezondheid, GIWG) de opdracht het experiment 'Nieuw Doddendaal' drie jaar te volgen. De Provincie Gelderland financierde het onderzoek.

---

<sup>1</sup> Vanaf september 1992 is de naam gewijzigd in 'Stichting Verzorgingshuizen Nijmegen (SVN).

Het experiment Nieuw Doddendaal kende een tweeledig doel.

*Het bieden van een beschermde en aangepaste woning en woonomgeving aan ouderen die niet meer in hun oorspronkelijke woning kunnen of willen leven.*

*Het bieden van diensten aan thuiswonende<sup>1</sup> ouderen zodat zij zolang mogelijk zelfstandig en in hun eigen woning kunnen leven.*

De achtergrond van deze doelstelling was, volgens het experimentplan, de algemeen aanvaarde maatschappelijke doelstelling dat de autonomie van ouderen en de eigen leefomgeving bij de dienstverlening aan ouderen in stand gehouden moest worden. Dit betekende dat zo min mogelijk zaken - en met name beslissingen hierover - werden overgenomen van de ouderen en dat zij zo lang mogelijk thuis, in hun eigen leefomgeving konden blijven. Volgens het experimentplan diende een verzorgingshuis ook deze doelstellingen te hanteren. Als de woonomgeving veranderde door 'opname' in het verzorgingshuis werd de eigen leefomgeving van de oudere als het ware meegenomen. De beslissingsbevoegdheid en zelfstandigheid van de ouderen bleven gehandhaafd; er werd niet gewerkt met standaardpakketten bij de dienstverlening. De nieuwe woonomgeving van ouderen werd zoveel mogelijk gehandhaafd, ook bij latere ziekte, door intensivering van de zorg in de eigen leefomgeving van de ouderen en met inzet van externe dienstverleners<sup>2</sup>. Dit betekende bijvoorbeeld dat 'het verpleeghuis' bij voorkeur naar de oudere in het verzorgingshuis kwam in plaats van dat de oudere verhuisde. Om deze doelstelling te kunnen realiseren, moest volgens het experimentplan gewaarborgd worden, dat niet de organisatie, maar het doel waarvoor deze stond, op de voorgrond bleef. Niet de eigen organisatie zou daarom de diensten leveren, maar externe instellingen en bedrijven.

Bij het realiseren van deze doelen en de daaruit volgende dienstverlening golden, aldus het experimentplan, de volgende uitgangspunten:

- er diende sprake te zijn van *behoud van de eigen verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid (autonomie)* van de bewoners;
- er werd gestreefd naar *optimalisering van de zelfstandigheid* van bewoners;
- men diende zich te richten op *behoud van de eigen leefgewoonten en omgeving* van de bewoners;
- de *waarborging van de privacy* van bewoners;

---

1 Met thuiswonende ouderen zijn bedoeld, ouderen die in Nieuw Doddendaal wonen.

2 In het vervolg zal daar waar sprake is in het rapport van dienstverlening door externe instellingen of bedrijven gebruik gemaakt worden van de term 'externe dienstverlening'.

- *levensbehoeften en wensen* van individuele bewoners waren uitgangspunt van de dienstverlening;
- *inzet en behoud van bestaande externe kaders voor dienstverlening*

In het experimentplan werd onderkend dat het een kenmerk van een experiment is dat de precieze vormgeving en de effecten niet van te voren in details zijn vast te leggen. Daarom is gekozen voor een experimentele periode van drie jaar waarin de mogelijkheid bestond om bepaalde punten nader uit te werken, effecten te beoordelen en voor mogelijke knelpunten creatieve oplossingen te vinden in de geest van de gekozen uitgangspunten.

### *Opzet en werkwijze Nieuw Doddendaal*

Wooncentrum Nieuw Doddendaal is eind november 1989 gestart met het bieden van huisvesting aan ouderen met een indicatie voor een verzorgingshuis. In de onmiddellijke omgeving van het wooncentrum bevindt zich een omvangrijk winkelgebied en het openbaar vervoer is direct bij de hand. Het wooncentrum heeft 38 zelfstandige wooneenheden (appartementen) en kan aan 40 ouderen onderdak bieden. Op dezelfde locatie als het wooncentrum bevindt zich een multi-functioneel wijkcentrum. De bewoners van het wooncentrum kunnen hier binnendoor naar toe.

Nieuw Doddendaal had een klein vast team van personeel in dienst. De belangrijkste bijdrage van de medewerkers was volgens het experimentplan het stimuleren, regelen en coördineren van een op de levensbehoeften en wensen van de oudere afgestemde dienstverlening. De uitvoering van de dienstverlening gebeurde vooral door anderen c.q. externe dienstverleners. Alleen ingeval van noodsituaties namen medewerkers van het huis op ad hoc basis de uitvoering van de dienstverlening op zich. Er werkten vijf receptiemedewerkers. Van 's morgens 8.00 uur tot 's avonds 23.00 uur was de receptie bezet. Allen hadden een verplegende en/of verzorgende achtergrond. Naast de normale receptiewerkzaamheden en de administratie hadden de receptiemedewerkers een sociale, verzorgende en signalerende taak naar de bewoners toe en konden in acute situaties direct hulp verlenen.

Er was één contactpersoon in het centrum werkzaam. De functie van contactpersoon was een van de belangrijkste functies in het wooncentrum. Zij verzorgde het zogenaamde case management: de dagelijkse leiding en coördinatie van de dienstverlening overeenkomstig de in het dienstenplan gemaakte afspraken. Het dienstenplan fungeerde als een overeenkomst tussen de bewoner en Nieuw Doddendaal. De contactpersoon droeg zorg voor de opstelling van het dienstenplan en diende te bewaken of het dienstenplan eventueel bijstelling behoefde en regelde dit zonodig. Dit diende, aldus het experimentplan, steeds in overleg met de oudere zelf te gebeuren. De ouderen in het wooncentrum waren geïndiceerd voor een verzorgingshuis, in die zin

moest het wooncentrum zorgen voor permanente hulp, en garanties voor intensieve zorg als nodig was. De contactpersoon bewaakte de goede uitvoering van het dienstenpakket in zijn totale samenhang.

Verder was er de functie van coördinator. Deze was verantwoordelijk voor de interne organisatie van het wooncentrum, gaf leiding aan de contactpersoon en de receptie-medewerkenden van het wooncentrum en onderhield contacten met de participerende dienstverlenende instellingen en externe instanties.

Verder was er de functie van slaapwacht. Deze functie was niet opgenomen in de vaste formatie van het wooncentrum en werd ingehuurd bij een particulier verpleegbureau. De werktijden waren van 22.30 uur tot 8.00 uur. De slaapdienst werd omgezet in een nachtdienst als hij of zij meer dan vier diensten per nacht heeft verleend aan bewoners. Nachtdienst betekende een hoger uurtarief dan een slaapdienst.

Tenslotte was er een tijdelijk 'directiefunctie'. De voormalige directeur van Doddendaal was in haar functie gehandhaafd. Zij fungeerde als 'implementatie-manager'. De taken van de implementatie-manager waren onder andere het zorgdragen voor de uitvoering van het experiment, het verzorgen van public relations, en het onderhouden van contacten met andere instellingen. De financiering van de functie was gekoppeld aan de duur van het experiment, dat wil zeggen drie jaar. De omvang van de financiering van de functie wordt geleidelijk verminderd van 100 procent in het eerste jaar, 75 procent in het tweede jaar en 50 procent in het derde experimentjaar.

### *Verwachte effecten van het experiment*

In het wooncentrum werden de diensten die voor de vervulling van levensbehoeften noodzakelijk zijn en waarin de oudere niet zelf kon voorzien, geleverd door externe dienstverleners. De keuze voor deze opzet was gebaseerd op een aantal verwachtingen, zo stond in het experimentplan vermeld. Ten eerste de verwachting dat door deze werkwijze het wooncentrum een minder gesloten systeem werd met eigen vast personeel en eigen regels. Regels waarvan de bewoners afhankelijk waren of konden worden en waardoor zij min of meer gedwongen werden de diensten af te nemen. Door de gekozen opzet kon de dienstverlening in gevarieerde pakketten op maat door de meest geschikte dienstverleners worden geboden.

Ten tweede de verwachting dat de bewoners door deze werkwijze in een veilige omgeving meer in staat waren om hun leven in eigen hand te houden. De kans op oververzorging en 'hospitalisatie-effecten' was naar verwachting gering.

Ten derde was de verwachting dat er zorg-substitutie plaats zou vinden. Door de werkwijze en een sterker beroep op wat de ouderen zelf wel konden zouden de ouderen in Nieuw Doddendaal naar verwachting minder hulpbehoefstig worden.

Ten vierde tenslotte was er de verwachting dat deze opzet een 'substitutie-effect' had in financiële zin. Het streven was met minder middelen uit te kunnen dan waar het reguliere budget in voorzag.

De opzet, werkwijze en verwachte effecten stonden niet los van elkaar. Ze konden gerelateerd worden aan de drie componenten die Donabedian (1980) onderscheidde bij zijn analyse van kwaliteit van de zorgverlening. Hij onderscheidde structuur, proces en effecten van de zorgverlening bij zijn analyse van kwaliteit van zorg. Donabedian ging ervan uit dat tussen structuur, proces en effecten een functionele relatie bestond, dat wil zeggen dat wijzigingen in de structuur zou leiden tot een verandering in een proces van zorgverlening en daardoor een ander behandelresultaat teweeg zou brengen. Deze benadering bood een geschikt model om tot een evaluatie van het wooncentrum als geheel te komen.

Onder structuur werden in het onderzoek de beleidsinstrumenten verstaan die ingezet werden om de doelen en nagestreefde effecten te bereiken.

Het ging om de volgende beleidsinstrumenten:

1. het bieden van een, op zelfstandigheid gerichte, beschermde en aangepaste woning en woonomgeving, waarbij gestreefd zou worden naar een individueel te besteden leef- en dienstenbudget van bewoners,
2. het opstellen van een dienstenplan, uitgevoerd door interne en externe dienstverleners, aangestuurd door begeleiding en scholing.

Onder proces werden de uitvoering en werkwijze van de bovengenoemde beleidsinstrumenten gedurende de loop van het onderzoek verstaan.

De mate waarin de verwachte effecten werden bereikt vormde de uitkomst van de zorgverlening. Het ging hierbij enerzijds om effecten op het niveau van de bewoners: zelfstandig leven in een beschermde en aangepaste woning en woonomgeving en zorg op maat. Anderzijds ging het om effecten op het niveau van de organisatie, namelijk zorgsubstitutie en financiële substitutie. In schema 1.2 zijn de verschillende invalshoeken nog eens samengevat.

In dit schema namen het zelfstandig wonen en de planmatige dienstverlening een centrale plaats in. Met andere woorden van deze twee interventies werden effecten verwacht op de zelfstandigheid van de bewoners. De literatuur wijst erop dat er meer aspecten van invloed zijn op de zelfstandigheid van ouderen. Zo heeft Knipscheer (1980; 1994) laten zien dat het sociale netwerk en sociale participatie van ouderen van invloed is op de zelfstandigheid en welbevinden van ouderen. In dit onderzoek beperken wij ons, gezien de opzet van het experiment, tot de aspecten zelfstandig wonen in een beschermde en aangepaste woning en woonomgeving en de planmatige dienstverlening.

## *Schema 1.2 - Verwachte effecten in de zorgverlening*

Structuur	Proces	Effecten
op zelfstandigheid gerichte, beschermde en aangepaste woning en woonomgeving	realisering van een op zelfstandigheid gerichte beschermde en aangepaste woning en woonomgeving	Bewoners: - zelfstandig leven - zorg op maat
planmatige dienstverlening door middel van een dienstenplan	realisering individueel leef- en dienstenbudget uitvoering dienstenplan	
	samenwerking externe dienstverleners	Organisatie. - zorgsubstitutie - financiële substitutie
	begeleiding en scholing van dienstverleners	

### **1.10 Vraagstellingen van het onderzoek**

Doel van het evaluatie-onderzoek was vast te stellen of en hoe de doelstellingen en de nagestreefde effecten van het experiment Nieuw Doddendaal werden gerealiseerd. De vraagstellingen van het onderzoek hadden dan ook betrekking op de nagestreefde doelen en verwachte effecten van het experiment. De onder structuur genoemde beleidsinstrumenten vormden bij de aanvang van het onderzoek de uitgangspositie. In de procesevaluatie is de inzet van deze beleidsinstrumenten gevolgd.

De vraagstellingen van het onderzoek zijn de volgende.

Vraagstelling structurevaluatie:

1. welke beleidsinstrumenten zijn door het experiment Nieuw Doddendaal ingezet om de gestelde doelen en nagestreefde effecten te bereiken?

Vraagstellingen procesevaluatie:

2. is Nieuw Doddendaal erin geslaagd de opzet en werkwijze feitelijk te realiseren?
3. welke knelpunten kwamen voor en welke oplossingen werden gekozen?

## Vraagstellingen effectevaluatie:

Op bewonersniveau zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

4. zijn de bewoners van Nieuw Doddendaal in staat hun zelfstandigheid te behouden?
5. krijgen bewoners van Nieuw Doddendaal 'zorg op maat' geleverd?

Op het niveau van het wooncentrum als geheel zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

6. treedt er zorgsubstitutie op?
7. treedt er substitutie op in financiële zin?

In hoofdstuk 2 wordt de opzet van het onderzoek behandeld.



## 2 Opzet van het onderzoek

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de opzet van het onderzoek. In paragraaf 2.2 vindt een verantwoording plaats van de methode van onderzoek. In paragraaf 2.3 worden de belangrijkste variabelen die in het onderzoek gebruikt zijn geoperationaliseerd. De omvang van de onderzoeksgroep komt in paragraaf 2.4 aan de orde. De bewoners van Nieuw Doddendaal zijn bij aanvang van het onderzoek vergeleken met doorsnee bewoners in traditionele verzorgingshuizen in Nederland. De resultaten hiervan worden beschreven in paragraaf 2.5.

### 2.2 Methoden van onderzoek: kwalitatief en kwantitatief

Het experiment wooncentrum Nieuw Doddendaal was te omschrijven als een 'veld-experiment'. Het vond plaats in de natuurlijke omgeving van de onderzochten (Swanborn, 1987). De experimentele condities waren vastgelegd en de onderzoekers hadden geen invloed of controle op het verloop van het experiment. Dit laatste werd wel een beperking van een veldexperiment genoemd in tegenstelling tot het zuivere laboratoriumonderzoek waar onderzoekers de mogelijkheid hebben alle factoren onder controle te houden (Phillips, 1971). Deze beperking kon echter tevens als een voordeel gezien worden. Het experiment werd uitgevoerd in alledaagse omstandigheden en stond daardoor midden in de realiteit (Huygen et. al., 1990). Hierdoor was het mogelijk het experiment als geheel binnen de context waarin het opereerde te onderzoeken. Daarmee konden de relaties tussen doelgroep, uitvoering en beleid rond het experiment worden aangegeven.

Er is gekozen voor triangulatie bij de dataverzameling, dat wil zeggen voor het gebruik van verschillende bronnen van gegevens (Yin, 1989; Hutjes & van Buuren, 1992). Het experiment is gedurende twee en een half jaar gevolgd. Juist door het verzamelen en vastleggen van gegevens over besluitvorming, uitvoering en organisatie tijdens de loop van het experiment werd het mogelijk effecten van het experiment te verklaren. Het was niet voldoende te volstaan met één meting aan het begin van het experiment en één meting achteraf. Want dan bleven de verklaringen voor gemeten effecten in hoge mate gevangen in een 'black box'. Gezien de vraagstellingen is gekozen voor zowel een structuur- en procesevaluatie als een effectevaluatie.

### *Structuur- en procesevaluatie*

De structuur- en procesevaluatie richtte zich op de bij aanvang van het onderzoek ingezette beleidsinstrumenten (structuur) en de werking ervan (proces). Er is gebruik gemaakt van verschillende methoden van dataverzameling.

Ten eerste werd voor de structurevaluatie in kaart gebracht welke beleidsinstrumenten voor het experiment Nieuw Doddendaal werden ingezet om de gestelde doelen en verwachte effecten te bereiken. Gegevens hierover werden verkregen door de volgende documenten te analyseren:

- het Experimentplan ontwerp Nieuw Doddendaal (1989)
- de samenwerkingsovereenkomsten met verschillende externe dienstverlenende instanties.

Ten tweede werden ten behoeve van de procesevaluatie in de loop van het experiment driemaal semi-gestructureerde interviews gehouden met relevante betrokkenen bij het experiment:

- het vaste team van uitvoerenden van het wooncentrum,
- de directie van het wooncentrum,
- de uitvoerenden van de participerende dienstverlenende instellingen,
- de directies en het middenkader van de participerende dienstverlenende instellingen.

Gegevens werden verzameld over de volgende onderwerpen: het verloop van het experiment en de gestelde doelen, de organisatie van het wooncentrum, de samenwerking met de participerende instellingen, de uitvoering van de dienstverlening, de knelpunten die men in de praktijk tegenkwam. De interviews zijn gehouden in het voorjaar van 1991, het voorjaar van 1992 en december 1992.

Ten derde werden diverse relevante overlegsituaties gevolgd:

- van januari 1991 tot oktober 1991 is het wekelijks overleg tussen Nieuw Doddendaal, het kruiswerk en de gezinsverzorging op uitvoerend niveau gevolgd,
- er zijn twee scholingsbijeenkomsten gevolgd: één voor het vaste team van Nieuw Doddendaal (december 1990) en één voor zowel het vaste team van Nieuw Doddendaal als de dienstverleners van het kruiswerk en de gezinszorg (mei 1991),
- vanaf januari 1991 tot december 1992 zijn op middenkader en/of directieniveau vergaderingen gevolgd tussen de belangrijkste participerende dienstverlenende instellingen (kruiswerk, gezinszorg en een particulier verpleegbureau),
- vanaf december 1990 is een maandelijks voortgangsoverleg van het management van Nieuw Doddendaal en de onderzoekers ingesteld. Doel van dit overleg was uitwisseling van recente ontwikkelingen.

Van alle gevolgde bijeenkomsten zijn interne, ten behoeve van het onderzoek noodzakelijke, verslagen gemaakt:

- interne notities en verslagen van diverse overlegsituaties in Nieuw Doddendaal (oktober 1990 - december 1992),
- verslagen van de eerste (mei 1991) en tweede gespreksronde (december 1992) met medewerkers van Nieuw Doddendaal en betrokken dienstverlenende instellingen in Nieuw Doddendaal,
- verslagen van gesprekken met personen en instanties betrokken bij de opzet van Nieuw Doddendaal,
- verslagen van de scholingsdagen voor het team Nieuw Doddendaal en externe dienstverleners,

### *Effectevaluatie*

De effectevaluatie richtte zich op de verwachte effecten van de opzet en werkwijze van het experiment. De evaluatie is uitgevoerd op twee niveaus: het niveau van de bewoners en het niveau van het wooncentrum als geheel.

De evaluatie op het niveau van de bewoners was gericht op het volgen van bewoners in de tijd binnen het kader van de ontwikkelingen van het experiment, zowel wat betreft het functioneren van ouderen, als de mogelijkheid hun zelfstandigheid binnen het wooncentrum te behouden. De doelstellingen van het experiment zijn primair op de bewoners gericht. Hun beoordeling en ervaring over het wonen in het wooncentrum nam dan ook een belangrijke plaats in binnen deze evaluatie. Hierbij is gebruik gemaakt van twee methoden van dataverzameling.

Ten eerste is gedurende de looptijd van het experiment driemaal bij individuele bewoners een gestructureerde vragenlijst door ervaren interviewers afgenomen. Dit heeft achtereenvolgens plaatsgevonden in maart 1991, december 1991 en oktober 1992.

Via de gestructureerde vraaggesprekken zijn de volgende gegevens van de bewoners verzameld:

- hun hulpbehoefte,
- hun functioneren,
- hun welbevinden en eenzaamheidsgevoelens,
- hun oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening,
- hun oordeel over het wonen,
- persoonskenmerken van de bewoners.

Bij het samenstellen van deze vragenlijst is gebruik gemaakt van eerdere ervaringen die zijn opgedaan bij het onderzoek naar de 'Demonstratieprojecten in de Ouderenzorg' (WVC, 1989). De hierbij gebruikte vragenlijsten zijn een gezamenlijk produkt

van de verschillende onderzoeksteams die betrokken waren bij de evaluatie van de demonstratieprojecten.

Het gebruik van eenzelfde vragenlijst bood de mogelijkheid bij de aanvang van het onderzoek na te gaan of de bewoners van Nieuw Doddendaal qua sociaal-economische status, hulpbehoefte, gezondheid en welbevinden, overeenkwamen met doorsnee bewoners in traditionele verzorgingshuizen. In het voornoemde onderzoek werden gegevens verzameld onder een representatieve steekproef van Nederlandse ouderen. Daarvan maakten 150 bewoners van verzorgingshuizen deel uit. Deze gegevens zijn in het onderzoek naar Nieuw Doddendaal vergeleken met soortgelijke gegevens van bewoners van het wooncentrum (zie bijlage 2.1 voor beschrijving van de totstandkoming van deze vergelijkingsgroep).

Tevens zijn de bewoners van Nieuw Doddendaal wat zorgzwaarte betreft vergeleken met bewoners van zes Nijmeegse verzorgingshuizen. De gegevens voor deze vergelijking zijn verzameld via het Extern Budgetterings- en Informatie Systeem (EBIS) een door de Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden (VNB) ontwikkeld outputgericht financieringssysteem. De te leveren eindprodukten (zorg die onderscheiden moet worden in vijf zorgzwaartegroepen) en de prijs zijn van te voren vastgesteld. In bijlage 2.2 is een beschrijving van deze zorgzwaartegroepen opgenomen.

Ten tweede zijn door twee onderzoekers tweemaal semi-gestructureerde interviews gehouden met de bewoners van Nieuw Doddendaal afzonderlijk om de ervaringen van bewoners met het wonen en de dienstverlening in het wooncentrum in kaart te brengen. Voor deze open gesprekken zijn topiclijsten (zie bijlage 2.3) gebruikt. In de eerste gespreksronde (december 1990/januari 1991) lag de nadruk op de volgende topics:

- overwegingen die een rol speelden om juist in Nieuw Doddendaal te gaan wonen,
- verwachtingen die bewoners hadden ten aanzien van het wooncentrum,
- de ervaringen van bewoners na ongeveer een jaar wonen in het wooncentrum ten aanzien van onder andere het appartement, de interne en externe dienstverlening en gevoel van veiligheid,

In de tweede gespreksronde (augustus/september 1992) lag de nadruk op:

- de ervaringen van de bewoners met het wonen,
- de ervaringen van bewoners met de dienstverlening in Nieuw Doddendaal,
- de ervaringen van bewoners met zorg op maat,
- de ervaringen van bewoners met betrekking tot zelfstandigheid, privacy en autonomie,
- indien niet eerder gevraagd hun motivatie voor Nieuw Doddendaal.

De ervaringen en belevingen van de bewoners geregistreerd uit de interviews, werden aangevuld met wensen en kritiekpunten die de bewoners op de bewonerssochten hebben uitgesproken.

Gegevens zijn ook verzameld tijdens twee evaluatiebijeenkomsten: een evaluatiebijeenkomst met bewoners van Nieuw Doddendaal en een evaluatiebijeenkomst met familieleden en/of vertrouwenspersonen van bewoners van het wooncentrum. Beide bijeenkomsten hebben eind 1990 plaatsgevonden.

Om de effecten van het experiment op de kosten van het wooncentrum na te gaan zijn financiële gegevens geanalyseerd die verzameld zijn in Nieuw Doddendaal en zeven Nijmeegse verzorgingshuizen. Het EBIS-systeem maakte het mogelijk landelijke, provinciale, regionale en lokale kostenvergelijkingen te maken. In dit onderzoek zijn de kosten van Nieuw Doddendaal vergeleken op lokaal niveau (Nijmeegse verzorgingshuizen), provinciaal niveau (Gelderse verzorgingshuizen) en op landelijk niveau.

Samengevat werden, om antwoord te kunnen geven op de in paragraaf 1.7 genoemde vraagstellingen de volgende methoden gehanteerd: bestudering van documentatie materiaal, participerende observatie, semi-gestructureerde en gestructureerde interviews en tenslotte vergelijkende analyses op secundair materiaal. De verschillende onderzoeksmethoden zijn samengevat in overzicht 2.1.

#### *Overzicht 2.1 - Overzicht van de gebruikte onderzoeksmethoden*

Structuurevaluatie	Procesevaluatie	Effectevaluatie
Bestudering documentatie-materiaal	Bijwonen vergaderingen	Vergelijkende analyse
	Semi-gestructureerde interviews	Gestructureerde interviews
		Semi-gestructureerde interviews

### **2.3 Operationalisatie van kernvariabelen**

De kernvariabelen verkregen via de gestructureerde interviews voor de effectmeting op individueel niveau worden nu weergegeven.

## *Hulpbehoefte*

Bij het meten van de hulpbehoefte worden de aard en de ernst van functiestoornissen op het gebied van huishoudelijke en algemene dagelijkse bezigheden geïnventariseerd. Onder Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL) wordt verstaan: boodschappen doen, ontbijt klaarmaken, warme maaltijd bereiden, afwassen, bed opmaken, stof afnemen, poetsen en stofzuigen en tot slot wassen en strijken.

Onder Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) wordt verstaan: gezicht en handen wassen, aan- en uitkleden, gaan zitten en opstaan, in en uit bed stappen, eten en drinken, toiletbezoek en volledig wassen, baden/douchen.

Bij het onderzoek naar de Demonstratieprojecten in de Ouderenzorg (WVC, 1989) is, in navolging van Coolen (1986), gebruikt gemaakt van een schaal voor de ernst van de problemen, afgeleid van de aard en het aantal handicaps. Hierbij is men enerzijds uitgegaan van de hiërarchische relatie tussen de ADL- en de HDL schaal (huishoudelijke handicaps zullen sneller optreden dan ADL-handicaps). Anderzijds van het idee dat problemen bij de ADL- handicaps zwaarder wegen omdat deze activiteiten dagelijks noodzakelijk zijn en er dus hulp moet worden geboden indien de oudere deze activiteiten niet zelf meer kan. Dit resulteert in de volgende schaal voor de ernst van de ADL- en HDL problemen (zie overzicht 2.2).

### *Overzicht 2.2 - Schaal voor de ernst van de problemen*

aantal ADL handicaps	aantal HDL handicaps	ernst van de problemen
0	0 - 1	geen
1 - 2	2 - 3	gering
3 - 4	4 - 5	matig
5 - 7	6 - 8	(zeer) ernstig

Bij de HDL-items kan gekozen worden uit vijf antwoorden. Het vijfde antwoord: 'Doe ik niet zelf (niet gewend, hoeft niet meer)' speelt vooral bij mannen. Dit wordt niet als een beperking beschouwd tenzij men daarnaast nog aangeeft in algemene zin door ziekte of handicap regelmatig belemmerd te zijn.

## *Functioneren van bewoners*

Naast hulpbehoefte werden nog een zestal aspecten van het functioneren van ouderen vastgesteld: de mate waarin ouderen (1) last hebben van somatische en (2) psychosomatische klachten, de mate waarin (3) de ouderen zich belemmerd voelen in de

dagelijks bezigheden, (4) het wel of niet als gevolg van een aandoening bedlegerig zijn en het (5) subjectief welbevinden van de ouderen. Tenslotte is met betrekking tot het functioneren van de ouderen (6) de subjectieve gezondheidsbeleving van ouderen vastgesteld.

#### 1. Somatische klachten

Voor het meten van somatische klachten is gebruik gemaakt van een lijst van 13 lichamelijke problemen afkomstig van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1987). De bewoners is gevraagd of zij al dan niet last van deze klachten hebben. Bij de somatische klachten is gevraagd naar klachten op motorisch gebied (gebruik van armen, handen, benen, heupen, voeten en rug), klachten op het communicatieve gebied (horen zien of spreken) en klachten over enkele inwendige organen (hart, longen en darmen). In totaal zijn er 13 items.

#### 2. Psycho-somatische klachten

De psycho-somatische klachten zijn gemeten via een lijst van acht klachten. De lijst is samengesteld door onderzoekers die hebben deelgenomen aan het onderzoek 'Demonstratieprojecten in de Ouderenzorg' (WVC, 1991).

Bij de psychosomatische klachten is gevraagd of de bewoners last hadden van hoofdpijn, gespannenheid, neerslachtigheid, vermoeidheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid, onrustgevoelens en vergeetachtigheid. Nagegaan is of bewoners vaak, af en toe of zelden of nooit last hadden van deze klachten.

#### 3. Belemmeringen in de dagelijkse bezigheden

De bewoners is gevraagd of zij vanwege een aandoening, ziekte of handicap belemmerd waren in hun dagelijkse bezigheden. Nagegaan is of bewoners voortdurend, met tussenpozen of niet of zelden belemmerd waren.

#### 4. Bedlegerigheid

Gevraagd is of bewoners als gevolg van een aandoening, ziekte of handicap voortdurend, met tussenpozen of niet of zelden bedlegerig waren.

#### 5. Subjectief welbevinden

Het subjectief welzijn van de ouderen is onderzocht met behulp van de 'Schaal Subjectief Welzijn Ouderen (SSWO) van Tempelman (1987). Deze schaal bestaat uit 30 items.

Tempelman onderscheidt binnen de SSWO-totaalschaal vijf subschalen:

- gezondheid,
- zelfwaardering,

- weerbaarheid,
- optimisme en,
- contacten/sociale integratie,

De score loopt van 0 - 20, waarbij 0 staat voor een laag welbevinden en 20 voor een hoog welbevinden.

Om te achterhalen in hoeverre de ouderen eenzaamheidsgevoelens kennen, is gebruik gemaakt van de Eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld (1985). Deze schaal bestaat uit 11 stellingen waarbij de oudere kan aangeven in hoeverre hij/zij het eens is met deze stelling. Voorbeelden van uitspraken zijn 'Ik ervaar leegte om me heen' en 'Vaak voel ik me in de steek gelaten'. De totaalscore op de eenzaamheidsschaal loopt van 0 - 11. Hoe hoger de score hoe groter de eenzaamheid.

#### 6. Subjectieve gezondheidsbeleving

De subjectieve gezondheidsbeleving is gemeten door de ouderen te vragen of zij hun gezondheid als 'goed', 'redelijk', 'matig' of 'niet gezond' beoordeelden

#### *Kwaliteit en omvang van de dienstverlening*

De kwaliteit en omvang van de dienstverlening is gemeten door middel van twee vragen. Ten eerste is de ouderen gevraagd of de omvang van de dienstverlening in het wooncentrum naar hun mening voldoende, niet voldoende of wisselend was. Ten tweede naar hun mening over de kwaliteit van de dienstverlening. De ouderen is gevraagd wat men over het algemeen van de kwaliteit van de dienstverlening vond: goed, gaat wel, niet zo goed of slecht.

#### *Wonen in Nieuw Doddendaal*

Gevraagd is of bewoners het al dan niet prettig vinden om in Nieuw Doddendaal te wonen.

## 2.4 Omvang van de onderzoeksgroep

#### *Respons vragenlijsten*

In maart 1991, december 1991 en september/oktober 1992 zijn de bewoners van Nieuw Doddendaal door twee interviewers van het ITS benaderd voor een gestructureerd interview. Vooraf hebben de onderzoekers een instructie gegeven. De interviewers waren ervaren in het afnemen van interviews bij ouderen en kenden de vragenlijst. Zij hadden namelijk ook voor het onderzoek naar de 'Demonstratieprojecten' in het kader van substitutie in de ouderenzorg, interviews bij ouderen afgenomen.



Ten tijde van de eerste meting (maart 1991) woonden in het wooncentrum 39 bewoners permanent en 1 bewoner tijdelijk. Van de 40 bewoners zijn er 35 benaderd voor een gestructureerd interview. Van tevoren is, in overleg met de contactpersoon, besloten vijf bewoners niet te interviewen: drie bewoners (inclusief de tijdelijke bewoner) waren op dat moment opgenomen in een ziekenhuis of verpleeghuis en twee bewoners waren door ziekte op dat moment niet of nauwelijks aanspreekbaar. Vijf bewoners van de 35 die benaderd zijn, hebben geweigerd mee te werken aan het interview. Het overlijden van een familielid en interviewmoeheid (in het eerste jaar zijn namelijk veel interviews voor diverse tijdschriften gegeven) zijn redenen waarom men niet mee wilde werken. Uiteindelijk hebben 30 bewoners meegewerkt aan het interview voor de eerste meting.

Tijdens de tweede meting (december 1991) verbleven er 39 bewoners permanent in het wooncentrum en 1 bewoner tijdelijk. Van tevoren is besloten twee bewoners niet te benaderen vanwege ziekenhuisopname en ziekte. Een bewoner heeft geweigerd deel te nemen aan het interview. De tijdelijke bewoner is ook niet benaderd. Aan de tweede meting hebben uiteindelijk 36 bewoners meegewerkt.

De derde en laatste meting heeft in september/oktober 1992 plaatsgevonden. Op dat moment woonden er 39 bewoners permanent in het wooncentrum. Alle bewoners zijn benaderd. Twee bewoners hebben niet deelgenomen aan het interview wegens ziekte en één bewoner heeft geweigerd. Aan de derde meting hebben 36 bewoners meegewerkt (zie tabel 2.1.).

*Tabel 2.1 - Respons en uitval van de populatie in Nieuw Doddendaal, in absolute aantallen*

	meting 1 N	meting 2 N	meting 3 N
- geïnterviewde bewoners	30	36	36
- weigeringen	5	1	1
- verpleeghuisopname	1	-	-
- ziekenhuisopname	2	1	-
- ziek	2	1	2
- tijdelijke bewoner	-	1	-
<b>totaal</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>39</b>

In totaal hebben 25 bewoners aan alle drie metingen deelgenomen. Twee bewoners hebben alleen aan de eerste meting deelgenomen, één bewoner alleen aan de tweede en vier bewoners alleen aan de derde meting. Drie bewoners hebben aan de eerste twee metingen deelgenomen en zeven bewoners hebben tenslotte aan de tweede en derde meting deelgenomen.

Naast weigeringen of ziekten van bewoners ten tijde van de metingen is het overlijden van bewoners ook een reden dat niet alle bewoners aan alle drie metingen hebben deelgenomen. Tussen de eerste en tweede meting zijn drie bewoners overleden. Een daarvan lag tijdens de eerste meting in het ziekenhuis. Tussen de tweede en derde meting zijn tenslotte ook drie bewoners overleden.

### *Respons interviews*

De eerste gespreksronde vond plaats in december 1990 en januari 1991. De tweede gespreksronde in augustus en september 1992. Gemiddeld duurden de gesprekken 1,5 uur.

Er woonden op het moment van de eerste gespreksronde 39 bewoners in het wooncentrum. Drie bewoners overleden in de periode dat de eerste gespreksronde was gepland. Een andere bewoner verbleef tijdelijk in een verpleeghuis en overleed daar. Verder gaf één bewoner duidelijk aan niet bereid te zijn een onderzoeker te ontvangen en te woord te staan, een tweede voelde niet veel voor een officieel gesprek maar gaf in korte tijd heel wat van zijn ervaringen prijs. Met twee andere bewoners kon geen gesprek worden gevoerd vanwege de mate van hulpbehoevendheid of door een spraak handicap. Met vijf bewoners is het niet gelukt om een afspraak voor een gesprek te maken. Uiteindelijk is met 25 bewoners een gesprek gevoerd.

Op moment van de tweede gespreksronde woonden er eveneens 39 bewoners in het wooncentrum. Vijf bewoners zijn niet benaderd voor een gesprek. Eén bewoner hiervan is wegens ziekte niet benaderd en vier bewoners (twee echtparen) niet omdat ze op het moment dat de gesprekken werden gehouden, net in Nieuw Doddendaal kwamen wonen. Van de 34 benaderde bewoners hebben vier bewoners een gesprek geweigerd, waarvan twee wegens ziekte. Verder zijn er twee gesprekken halverwege gestaakt wegens ziekte van de mensen. Uiteindelijk is met 28 bewoners een gesprek gevoerd.

## **2.5 Vergelijking bewoners Nieuw Doddendaal met bewoners van traditionele verzorgingshuizen**

Deze vergelijking heeft op twee manieren plaatsgevonden. Ten eerste zijn de bewoners vergeleken met een landelijke steekproef van verzorgingshuis bewoners op de volgende kenmerken: persoonskenmerken, sociaal-economische status, hulpbehoefte, gezondheid en welbevinden. Ten tweede zijn de bewoners van Nieuw Doddendaal naar zorgzwaarte vergeleken met zes Nijmeegse verzorgingshuizen.

### *Nederlandse verzorgingshuisbewoners*

In de vergelijkingsgroep bevonden zich alleen verzorgingshuisbewoners van 75 jaar en ouder (N=154). Onder de 30 respondenten die aan de eerste meting in Nieuw Doddendaal hebben deelgenomen, bevonden zich vier respondenten die jonger dan 75 jaar zijn.

In de vergelijking zijn de volgende kenmerken betrokken. De basiskkenmerken van de ouderen, de sociaal economische status, de validiteit, de gezondheid en het welbevinden van de ouderen. Achtereenvolgens volgen hier de resultaten. De bijbehorende tabellen zijn opgenomen in bijlage 2.4.

#### **- Basiskkenmerken van de respondenten**

Bij de basiskkenmerken ging het om kenmerken als geslacht, leeftijd en burgerlijke staat. Er bleken in Nieuw Doddendaal significant meer mannen en minder vrouwen te wonen dan in de landelijke controlegroep ( $p < 0.10$ ) (zie tabel 2.2 in bijlage 2.4). Daarnaast bevonden zich in Nieuw Doddendaal significant meer bewoners in de leeftijdscategorie van 75 tot en met 79 jaar ( $p < 0.10$ ). De gemiddelde leeftijd van de verzorgingshuisbewoners is 86 jaar, die van de ouderen uit het wooncentrum 82 jaar.

#### **- Sociaal economische status**

De 26 bewoners uit Nieuw Doddendaal hadden (tabel 2.3) significant vaker zowel (al dan niet met succes) lager onderwijs genoten als met succes het uitgebreid lager onderwijs afgesloten (ULO, MULO en lager beroepsonderwijs), in vergelijking met de bewoners uit de controlegroep ( $p < 0.10$ ). Over het algemeen waren de bewoners uit Nieuw Doddendaal hoger opgeleid dan de ouderen uit de controlegroep. Wat betreft het inkomen verschilden beide groepen ouderen niet veel van elkaar.

#### **- Hulpbehoefte**

Uit de vergelijking bleken bewoners uit Nieuw Doddendaal en de verzorgingshuisbewoners weinig te verschillen van elkaar in het ondervinden van beperkingen op het gebied van HDL (tabel 2.4). Bijna een kwart van de ouderen heeft geen beperkingen op het gebied van huishoudelijke verrichtingen. Iets minder dan de helft van

de ouderen uit zowel Nieuw Doddendaal als de vergelijkingsgroep ondervond ernstige tot zeer ernstige problemen met het verrichten van deze activiteiten, respectievelijk 46 en 45 procent.

Ten aanzien van de ADL bestonden daarentegen wel verschillen tussen beide groepen. Meer dan de helft van de groep ouderen uit Nieuw Doddendaal, namelijk 65 procent, bleek geen beperkingen te ondervinden bij ADL-taken (tabel 2.5). In de vergelijkingsgroep was dit 42 procent ( $p < 0.10$ ). Onder de 26 respondenten uit Nieuw Doddendaal waren geen ouderen die ernstige tot zeer ernstige beperkingen ondervonden op dit gebied<sup>1</sup>; in de controlegroep gaf 10 procent van de ouderen aan wel (zeer) ernstige problemen te ondervinden.

#### - Functioneren

Er bleken geen noemenswaardige verschillen te bestaan wat betreft somatische klachten tussen de beide groepen ouderen (tabel 2.6). Het gemiddeld aantal somatische klachten van de ouderen in Nieuw Doddendaal lag op 4.2, in de verzorgingshuizen op 3.5.

De groep ouderen uit Nieuw Doddendaal verschilde nauwelijks van de ouderen uit de vergelijkingsgroep (tabel 2.7). Het gemiddeld aantal psychosomatische klachten van de groep ouderen uit Nieuw Doddendaal lag op 3.2, bij de ouderen uit de vergelijkingsgroep was dit 3.5.

Wat betreft belemmeringen in de dagelijkse bezigheden vanwege een aandoening, ziekte of handicap bleken de ouderen uit Nieuw Doddendaal nauwelijks te verschillen van de ouderen uit de Nederlandse verzorgingshuizen (tabel 2.8). Van de groep ouderen uit Nieuw Doddendaal was bijna de helft, namelijk 46 procent, niet of zelden belemmerd in de dagelijkse bezigheden. In de controlegroep lag dit percentage op 39 procent. Het aantal ouderen dat zich voortdurend belemmerd voelde lag in beide groepen gelijk.

De verdeling van het aantal ouderen die als gevolg van een aandoening, ziekte of handicap bedlegerig was, was als volgt (tabel 2.9). Alle geïnterviewde ouderen van 75 jaar of ouder uit Nieuw Doddendaal waren niet of zelden bedlegerig. Bij de ouderen in de verzorgingshuizen was er een kleine groep die wel voortdurend of met tussenpozen bedlegerig was, namelijk 9 procent.

---

<sup>1</sup> Hieruit mag niet geconcludeerd worden dat er zich in het wooncentrum geen ouderen bevonden die ernstige beperkingen kennen op ADL gebied. Deze ouderen waren op het moment van de meting niet benaderbaar wegens ziekte.

#### - Subjectieve gezondheidsbeleving

De ouderen in Nieuw Doddendaal voelden zich, in vergelijking met de ouderen in de verzorgingshuizen iets gezonder, respectievelijk 31 procent gaf aan zich gezond te voelen tegen 22 procent van de ouderen in de verzorgingshuizen (tabel 2.10).

#### - Welbevinden en eenzaamheid

De groep ouderen uit Nieuw Doddendaal scoorde significant hoger (tabel 2.11) op de subschaal gezondheid dan de ouderen in de verzorgingshuizen, respectievelijk 15.1 en 11.6 ( $p < 0.05$ ). Dat betekende dat zij zich gezonder voelden dan de ouderen uit de vergelijkingsgroep. Ten aanzien van de subschalen zelfwaardering en weerbaarheid verschilden de scores tussen de beide populaties nauwelijks. De score op de subschaal optimisme was voor de ouderen uit het wooncentrum significant hoger dan die van de ouderen uit de vergelijkingsgroep. De groep ouderen uit Nieuw Doddendaal scoorden hier 9.9 en de ouderen in de controlegroep 7.2. Met andere woorden de ouderen uit Nieuw Doddendaal waren optimistischer over hun situatie. De totaal-score van de ouderen in Nieuw Doddendaal op de SSWO-schaal was 13.2 en die van de ouderen in de verzorgingshuizen 12.1.

De ouderen uit Nieuw Doddendaal verschilden nauwelijks in hun score op de eenzaamheidschaal in vergelijking met de ouderen uit de verzorgingshuizen. De score van de ouderen in Nieuw Doddendaal op de eenzaamheidschaal was 4.9 en die van de ouderen in de verzorgingshuizen 4.0.

#### *Nijmeegse verzorgingshuisbewoners*

Ter ondersteuning heeft later in het onderzoek een vergelijking plaatsgevonden met bewoners van zes andere Nijmeegse verzorgingshuizen. Deze gegevens werden verzameld via het EBIS-systeem. Zeven verzorgingshuizen werden benaderd voor toestemming om de gegevens geanonimiseerd te gebruiken. Alle zeven verzorgingshuizen gaven toestemming. Van één verzorgingshuis waren op moment van de rapportage geen gegevens voorhanden wat betreft de verdeling van de bewoners in zorgzwaarte groepen. Overzicht 2.2 geeft de verdeling weer van de bewoners van Nieuw Doddendaal en bewoners van zes Nijmeegse verzorgingshuizen.

Uit overzicht 2.2 blijkt dat de verdeling van de bewoners van Nieuw Doddendaal in zorgzwaartegroepen in vergelijking met de zes Nijmeegse verzorgingshuizen en met de landelijke verdeling afweek. In Nieuw Doddendaal bevonden zich minder ouderen in de zwaardere zorgcategorieën.

*Overzicht 2.2 - Vergelijking bewoners Nieuw Doddendaal naar gemiddelde leeftijd en zorgzwaarte met zes Nijmeegse verzorgingshuizen en het landelijk gemiddelde*

	Nieuw Doddendaal	A	B	C	D	E	F	Gem. Nijm.	Land. gem.
<b>Zorgzwaarte*</b>									
- groep 1	61	56	44	23	63	42	51	47	49
- groep 2	23	25	21	15	11	24	16	17	18
- groep 3	3	5	12	2	8	9	9	8	11
- groep 4	8	8	11	21	8	12	10	11	11
- groep 5	5	6	12	39	10	13	14	16	11
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	81.4	83.8	84.8	83.5	84.7	84.0	82.7		
<b>Aantal bewoners</b>	39	148	119	48	197	125	160		

Peildatum november 1992; \* = in procenten

Samenvattend kon gezegd worden dat de groep respondenten van 75 jaar en ouder uit Nieuw Doddendaal bestond uit meer mannen, gemiddeld iets jonger was en vaker uitgebreid lager onderwijs gevolgd had. De 26 respondenten uit Nieuw Doddendaal verschilden niet of nauwelijks met de groep ouderen uit de vergelijkingsgroep wat betreft hulpbehoefte op het gebied van de HDL of gezondheid. Wel ondervonden meer ouderen uit Nieuw Doddendaal in vergelijking met de ouderen uit de vergelijkingsgroep, geen beperkingen op het gebied van de ADL.

Ten aanzien van het subjectief welbevinden voelden de ouderen uit Nieuw Doddendaal zich gezonder en waren zij optimistischer dan de ouderen uit de verzorgingshuizen. Deze bevindingen werden ondersteund door de vergelijking met de Nijmeegse verzorgingshuizen wat betreft de zorgzwaarte. In Nieuw Doddendaal bevonden zich ten opzichte van de zes Nijmeegse verzorgingshuizen meer ouderen in de eerste twee, lichtere, zorgcategoriën.

## 3 Resultaten structuur- en procesevaluatie

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de structuur- en procesevaluatie beschreven. In deze evaluatie stonden de volgende vragen centraal.

Structuurevaluatie:

1. welke beleidsinstrumenten heeft het experiment Nieuw Doddendaal ingezet om de gestelde doelen en nagestreefde effecten te bereiken?

Procesevaluatie:

2. is Nieuw Doddendaal erin geslaagd de opzet en werkwijze feitelijk te realiseren?
3. welke knelpunten kwamen voor en welke oplossingen werden gekozen?

De beantwoording van de procesvragen gebeurt aan de hand van gegevens over de wijze waarop de volgende instrumenten zijn ingezet.

1. Het bieden van een, op zelfstandigheid gerichte, beschermde en aangepaste woning en woonomgeving, waarbij gestreefd zou worden naar een individueel te besteden leef- en dienstenbudget van bewoners,
2. Het opstellen van een dienstenplan, uitgevoerd door interne en externe dienstverleners, aangestuurd door begeleiding en scholing.

In de hiernavolgende paragrafen wordt elk instrument en onderdelen daarvan afzonderlijk besproken. Hierbij wordt eerst de structurele uitgangspositie (de resultaten van structuurevaluatie) beschreven, waarna voor elk instrument of onderdeel van een instrument de resultaten van de procesevaluatie beschreven worden. Het gaat er hierbij om vast te stellen welke wezenlijke veranderingen in drie jaar hebben plaatsgevonden. De motivatie voor deze werkwijze is dat de onderlinge verwevenheid tussen structuur- en procesevaluatie groot is. Als voorbeeld kan het appartement dienen. De constatering bij de structuurevaluatie dat het appartement ruimte biedt om de onderscheiden levensactiviteiten als slapen, eten en vrije tijd in gescheiden ruimten te kunnen verrichten, blijft een min of meer loze constatering. Het is weliswaar een voorwaarde om zelfstandig te kunnen leven, maar of bewoners zelfstandig hun huishouden kunnen voeren in het appartement of daarbij belemmeringen ondervinden

blijkt uit het gebruik door bewoners van de ruimten. Een andere reden voor deze werkwijze is een pragmatische. Gescheiden presenteren van de resultaten van de structuur- en procesevaluatie zou voor de lezer betekenen dat hij of zij bij het lezen van de resultaten terug zou moeten bladeren om de structurele uitgangspositie van het resultaat er naast te plaatsen.

### **3.2 Een op zelfstandigheid gerichte beschermde en aangepaste woning en woonomgeving**

In paragraaf 3.2 komen de volgende onderwerpen aan de orde. Het wooncentrum, het appartement, beschermd en aangepast, de keuze van faciliteiten, ontspanning en bewonersochtenden.

#### **3.2.1 Het wooncentrum**

##### *Structurele uitgangspositie*

Het wooncentrum Nieuw Doddendaal ligt in het centrum van Nijmegen in de wijk 'Binnen- en Benedenstad', waar zich in de onmiddellijke omgeving een omvangrijk winkelgebied bevindt en het openbaar vervoer direct bij de hand is. Het wooncentrum heeft 38 appartementen en kan aan 40 ouderen onderdak bieden; er zijn twee persoonsappartementen.

Bij het ontwerp van Nieuw Doddendaal heeft een aantal beperkingen een rol gespeeld waardoor de ruimtelijke vormgeving niet optimaal was afgestemd op het woonzorgconcept. Allereerst is het renovatieplan in een eerdere fase gerealiseerd dan het woonzorgconcept. Tijdens de renovatie bleek het mogelijk nog enkele aanpassingen uit te voeren om de ruimtelijke vormgeving beter aan te laten sluiten bij het woonzorgconcept, maar het is duidelijk dat dit geen ideale situatie was.

In de tweede plaats werd Nieuw Doddendaal volgens de Wet op de Bejaardenoorden gefinancierd en diende de architect zich te houden aan de bouwvoorschriften die voor verzorgingshuizen golden. De provincie had Nieuw Doddendaal weliswaar toestemming gegeven het oude concept 'verzorgingshuis' ingrijpend te veranderen, maar dit gaf geen ruimte voor afwijking van deze voorschriften. Bijvoorbeeld met betrekking tot de gemeenschappelijke badkamers en de 'zusterposten'.

De derde beperking was dat Nieuw Doddendaal gerealiseerd is door renovatie van het oude verzorgingshuis. Ook dit leidde in ruimtelijk opzicht uiteraard tot een aantal beperkingen.



### *Procesresultaten*

Door de genoemde beperkingen bleek Nieuw Doddendaal in bepaalde opzichten instituuksachtige trekken te hebben: de lange gangen met aan weerszijden in pandige appartementen, de centrale ligging van de receptie en de twee 'zustersposten'. In de loop van de tijd is één zusterpost door een bewoner in gebruik genomen als keuken. De andere deed dienst als kantoorruimte voor de contactpersoon. Dit benadrukte echter de oorspronkelijke functie van zusterpost. De contactpersoon nam later een minder in het zicht liggende kantoorruimte in het gebouw in gebruik.

Ook enkele andere voorzieningen leken meer te passen bij een traditioneel verzorgingshuis dan bij Nieuw Doddendaal. Dit gold voor de vijf gemeenschappelijke huiskamers, de gemeenschappelijke keukens, de grote badkamers en de hobbyruimte. Van de vijf huiskamers bleken er slechts twee regelmatig gebruikt te worden. Hetzelfde gold voor de twee ruime badkamers waarvan er één bestemd is voor wijkbewoners. Deze laatsten maakten er weinig gebruik van en ook de bewoners gebruikten de badkamers maar sporadisch: gemiddeld vier bewoners per week, waarvan twee bewoners met behulp van externe dienstverleners. Het baden op de gemeenschappelijke badkamers werd volgens de contactpersoon door de bewoners als 'onnatuurlijk' ervaren: zij moesten hun appartement uit om een bad te nemen. Het merendeel koos dan ook voor douchen op het eigen appartement. Eenzelfde argument gold voor het gebruik van de gemeenschappelijke keukens: zij ligt buiten het appartement.

### **3.2.2 Het appartement**

#### *Structurele uitgangspositie*

Een belangrijke conditie voor het zo zelfstandig mogelijk leven wordt uiteraard gevormd door de ruimtelijke vormgeving van de appartementen. Ieder appartement vormt een zelfstandige wooneenheid. Het heeft een eigen nummer, voordeur en brievenbus, een woonkamer met daarin een kitchenette, een slaapkamer weliswaar in open verbinding met de woonkamer maar min of meer aan het oog onttrokken en een douche/toiletruimte. In de woning zijn gebruikelijke en extra faciliteiten beschikbaar zoals centrale verwarming, antenne- en telefoonaansluiting, een koelkast en een kookstel.

#### *Procesresultaten*

Een belangrijk minpunt werd gevormd door de kookvoorziening. De kitchenette bleek te klein te zijn, had te weinig faciliteiten om gemakkelijk zelf te kunnen koken en was niet geschikt voor rolstoelgebruikers. Bovendien was de luchtafzuiging gebrekkig.

### **3.2.3 Beschermd en aangepast**

#### *Structurele uitgangspositie*

Het gebouw is aangepast voor rolstoelgebruikers. Dat wil zeggen dat er geen drempels in het gebouw zijn, behalve bij de hoofdingang. Verder is het gebouw voor niet-bewoners gemakkelijk toegankelijk.

Het appartement is afgestemd op verminderde mobiliteit. Het is gelijkvloers, heeft drempeloze en brede doorgangen, grijpsteunen en een alarmbel. Alleen zijn tijdens de renovatie van het gebouw uit financiële overwegingen drempels aangebracht tussen de hal en het sanitair van het appartement. Verder is ieder appartement aangesloten op een alarmeringssysteem. Het alarmeringssysteem is direct aangesloten op een permanent, dat wil zeggen 24 uur, bezette receptie. Via de receptie kan een vaste medewerker, de contactpersoon of receptiemedewerker, bij nood- of crisissituaties, worden ingezet.

#### *Procesresultaten*

Door de drempel tussen de hal en het sanitair in het appartement werden een aantal bewoners, met name rolstoelgebruikers, afhankelijk van personeel. In maart 1992 zijn alle drempels bij het sanitair weggehaald. De kitchenette in de appartementen bleek niet geschikt voor rolstoelgebruikers, maar werd op verzoek van bewoners aangepast.

De vaste medewerkers van de receptie verleenden in geval van nood diensten aan bewoners. Verder bleken zij, op verzoek van bewoners, regelmatig nagaan bij betreffende bewoners in hoeverre alles nog goed verloopt.

De aanvankelijk makkelijke toegang van Nieuw Doddendaal voor niet-bewoners bleek gevoelens van onveiligheid op roepen bij de bewoners. Op uitdrukkelijk verzoek van de bewoners is ertoe overgegaan de toegankelijkheid enigszins te beperken om zo de gevoelens van onveiligheid bij bewoners weg te nemen.

### **3.2.4 Keuze van faciliteiten**

#### *Structurele uitgangspositie*

Uitgaande van de uitgangspunten van het wooncentrum, zoals optimaliseren van zelfstandigheid, behoud van eigen levensgewoonten, eigen beslissingsbevoegdheid en verantwoordelijkheid, wordt de bewoners op het gebied van de huishoudelijke bezigheden geen standaardpakket van diensten aangeboden. Het beschikken over keuzemogelijkheden is immers een van de kenmerken van een zelfstandig bestaan.

De bewoners kunnen zelf kiezen hoe ze deze bezigheden, al dan niet met hulp van derden, in willen vullen.

Dit betreft de was, de warme maaltijd en het schoonmaken van de appartementen. Ook in de feitelijke vormgeving van de keuzemogelijkheden voor bewoners, streeft Nieuw Doddendaal ernaar de zelfstandigheid van bewoners zoveel mogelijk tot zijn recht te laten komen. Zo kunnen bewoners binnen bepaalde marges kiezen op welke dag en op welk tijdstip het appartement wordt schoongemaakt. Of zij tussen de middag of 's avonds een warme maaltijd wensen te gebruiken.

#### - Maaltijden

Er is geen huisketen in traditionele zin in het wooncentrum. De bewoners kunnen, als zij dat wensen, zelf koken op het appartement, in een van de gemeenschappelijke keukens of het eten laten komen van een cateringbedrijf. Een cateringbedrijf van eigen keuze of van het bedrijf waar Nieuw Doddendaal afspraken mee heeft gemaakt.

#### - Schoonmaak

De schoonmaak en het onderhoud van de appartementen is in principe een zaak van de bewoners zelf. Indien zij dat niet meer willen of niet meer kunnen, kunnen zij gebruik maken van een commercieel schoonmaakbedrijf waar Nieuw Doddendaal een contract mee afgesloten heeft. Dit bedrijf komt eenmaal in de week de appartementen schoonmaken. Per appartement staat hier 30 minuten per week voor: 10 minuten voor het sanitair, 10 minuten voor stoffen en 10 minuten voor stofzuigen. Eenmaal in de vijf weken gebeurt er iets extra's.

#### - Was

Ook wat betreft de was kan de bewoner zelf bepalen wat hij of zij doet. Het wooncentrum heeft een gemeenschappelijke wasruimte met een was- en droogmachine. Mocht de bewoner het niet zelf kunnen of willen dan kan hij of zij de was naar de wasserette doen.

### *Procesresultaten*

#### - Maaltijd

De praktijk liet zien dat de meeste bewoners hun maaltijden van het cateringbedrijf betrokken waar Nieuw Doddendaal afspraken mee had. De bewoners konden, als zij bijvoorbeeld een weekend of dag weggingen het eten bij de receptie van het wooncentrum afbestellen. (Het geld werd dan gerestitueerd, zie hiervoor paragraaf 3.3.)

In het begin kwamen er van bewonerszijde nog al eens klachten over het eten, te vet en te vaak hetzelfde. Na overleg van Nieuw Doddendaal met het bedrijf, zijn hierin verbeteringen aangebracht en tevens werd de bewoners de mogelijkheid geboden een ander cateringbedrijf te kiezen. Eind 1992 leverden nog twee andere cateringbedrijven eten aan Nieuw Doddendaal en verzorgden dertien bewoners zelf hun maaltijd, waarbij in enkele gevallen samen gekookt werd. Als een bewoner niet tevreden was

over de zelf gekozen maaltijdvoorziening dan werd naar mogelijkheden gezocht om tot verbetering te komen in overleg met de leverancier. Daarnaast werd bewoners op alternatieven gewezen.

#### - Schoonmaak

Op het moment van het onderzoek maakte het schoonmaakbedrijf bij ongeveer de helft van de bewoners het appartement schoon. Sommige bewoners hadden uit ontevredenheid een particulier werkster aangenomen. De bewoners klaagden zowel over de kwaliteit van de schoonmaak als de tijd die Nieuw Doddendaal voor het schoonmaken van de appartementen met het schoonmaak bedrijf had afgesproken. Anderen deden het zelf of schakelden personen uit het informele netwerk in, voornamelijk dochters.

Voor de schoonmaak door een particulier bedrijf werd een half uur en niet meer per appartement beschikbaar gesteld, ondanks aanhoudende verzoeken van bewoners. De tijdstippen waarop appartementen schoongemaakt konden worden, werden in de loop van het experiment beperkt van 08.00 tot 10.00 uur.

#### - Was

Op verzoek van bewoners is er in de loop van de tijd in de gemeenschappelijke wasruimte een kleine centrifuge voor handwasjes bij gekomen. Eind 1992 deden ongeveer 15 bewoners de was naar de wasserette. De overige bewoners verzorgden of zelf de was of via familieleden of via externe dienstverleners.

### 3.2.5 Ontspanning

#### *Structurele uitgangspositie*

Nieuw Doddendaal gaat er vanuit dat wat betreft ontspanning ook zoveel mogelijk aangesloten moet worden bij wat de bewoner thuis al deed. In het wooncentrum is dan ook geen recreatieluimte en geen activiteitenbegeleiding. Op dezelfde locatie als het wooncentrum ligt een multi-functioneel wijkcentrum, in het wooncentrum het activiteitencentrum genoemd. De hoofdingang hiervan ligt aan de straatkant, maar het centrum heeft een open verbinding met het wooncentrum. De bewoners kunnen vanuit het wooncentrum binnendoor er naar toe. In dit activiteitencentrum zijn diverse organisaties en diensten ondergebracht, onder andere de wijkraad, een informatie steunpunt voor ouderen en activiteiten van de ouderenbonden. De ouderenbonden zijn met name in de middagen actief in het activiteitencentrum. De bewoners kunnen hier lid van worden. Nieuw Doddendaal restitueert het lidmaatschapsgeld van één ouderenbond aan de bewoners.

### *Procesresultaten*

De restitutieregeling van het lidmaatschap heeft niet geleid tot grotere deelname van de bewoners aan de activiteiten van de ouderenbonden. De praktijk leerde dat de ouderenbonden min of meer als gesloten clubs overkwamen en de leden weinig openstonden voor nieuwe leden. Veel bewoners van het wooncentrum waren dan ook geen lid en namen daardoor niet deel aan de activiteiten van de ouderenbonden. Binnen het vaste team van Nieuw Doddendaal heeft er regelmatig discussie plaatsgevonden, met name rond de feestdagen, of Nieuw Doddendaal op eigen initiatief gezamenlijke activiteiten voor de bewoners moest organiseren. Enerzijds paste dit niet binnen de uitgangspunten, anderzijds bleken de bewoners het wel van de organisatie te verwachten. De bewoners moesten wennen aan het feit dat Nieuw Doddendaal alleen iets (samen met de bewoners) organiseerde, als daar vanuit de bewoners vraag naar was ofwel als het initiatief van de bewoners zelf uitging.

#### **Bewoners en werkwijze**

*Pas was er een bewoner die 's avonds zin had in een frietje. Hier was geen pasklare oplossing voor. De receptie kon niet weg; een vrijwilliger moet een aantal dagen van te voren gewaarschuwd worden, de friettent komt een dergelijk kleine bestelling niet bezorgen en andere bewoners durfden 's avonds de straat niet op. De contactpersoon stelde voor een friteuse aan te schaffen voor de gemeenschappelijke keuken. Dit vond de betreffende bewoner te overdreven.*

*(Interview contactpersoon, mei 1991)*

Het laatste jaar heeft Nieuw Doddendaal besloten met de jaarwisseling ('92/'93) de zaak op zijn beloop te laten en te wachten op initiatieven van bewoners. Resultaat: op initiatief van bewoners, waarbij de eerste verdieping de tweede uitnodigde, werd er een oudejaarsavond georganiseerd. Nieuw Doddendaal verzorgde de nodige versnaperingen.

### **3.2.6 Bewonersochtenden**

#### *Structurele uitgangspositie*

De bewonersochtenden worden door Nieuw Doddendaal georganiseerd vanuit het idee de bewoners mee te laten denken over hun eigen woonomgeving.

### *Procesresultaten*

Bij de start van het experiment had Nieuw Doddendaal op een bewonersochtend de mogelijkheid van een bewonerscommissie geopperd, maar de bewoners zagen daar

zelf vanaf. Op verzoek van de bewoners werd toen eenmaal in de zes weken een bewonersochtend in het aangrenzende activiteiten centrum georganiseerd. Deze bijeenkomsten onttaarden echter in individuele klachtenuurtjes. Daarnaast werden ze steeds minder vaak bezocht door bewoners en hadden meestal dezelfde bewoners het woord. Besloten werd om een meer gestructureerde opzet te geven aan deze ochtenden. In kleine groepjes werd een aantal thema's besproken. Ook deze opzet had niet het gewenste effect. Nieuw Doddendaal realiseerde zich dat het doel van de bijeenkomsten, meedenken van de bewoners over hun eigen omgeving, niet gehaald werd. Nieuw Doddendaal stond wat betreft de bewonersochtenden voor een dilemma: enerzijds had het management behoefte aan kritisch meedenken van de bewoners, anderzijds bestond die behoefte aan de kant van de bewoners blijkbaar niet. Uiteindelijk is besloten de bewonersochtenden niet meer structureel te organiseren, maar alleen nog op verzoek van de bewoners zelf. In het laatste half jaar van het onderzoek is dat eenmaal gebeurd. De reden hiervoor was dat enkele bewoners zich afvroegen of Nieuw Doddendaal toch geen bewonerscommissie nodig had. Voor de bijeenkomst was iemand van Stichting Welzijn Ouderen Nijmegen (SWON) uitgenodigd met deskundigheid op het gebied van bewonerscommissies. Hij kwam tijdens de bijeenkomst tot de conclusie dat een bewonerscommissie niet gemakkelijk namens alle bewoners zou kunnen optreden, gezien het feit dat de meeste zaken individueel geregeld werden tussen bewoner en contactpersoon. Een bewonersochtend (eventueel voorbereid per verdieping) leek hem zinvoller. Besloten werd de bewonersochtenden alleen maar te organiseren als er behoefte bestond bij de bewoners of bij het management van Nieuw Doddendaal in geval van zaken die alle bewoners aangingen.

### **3.3 Een individueel leef- en dienstenbudget**

#### *Structurele uitgangspositie*

De reden voor het inzetten van een individueel te besteden leef- en dienstenbudget is dat onder andere de beschikking over eigen financiële middelen mensen autonoom maakt. Uit dit budget zouden zij in de vorm van standaard maandbedragen de huur van het appartement en van de huisservice betalen. Ook zouden zij maandelijks een vast bedrag voor de eventuele noodzakelijke zorg moeten betalen. Deze betaling zou het karakter hebben van een zorgverzekering, onafhankelijk van het feitelijk gebruik. Hieruit zouden de huishoudelijke, verzorgende en verplegende diensten betaald moeten worden. De betaling van de overige diensten, maaltijden, was, schoonmaak en dergelijke zou dan uit het vrij te besteden budget plaatsvinden, dat de bewoner zelf beheert. De afname en betaling is variabel, al naar gelang gebruik en uitvoerder.

### *Procesresultaten*

De financiering vanuit de WBO is in de drie jaar van het experiment gehandhaafd gebleven. In de praktijk betekende de WBO financiering dat de bewoners gebruik konden maken van de diensten die ze nodig hadden en die in het kader van de WBO vergoed werden. Nieuw Doddendaal ontving en beheerde het budget waaruit deze diensten (huisvesting inclusief receptiefunctie, schoonmaak, maaltijdvoorziening en persoonlijke verzorging) bekostigd werden en bepaalde daarmee ook de grenzen van de dienstverlening. Nieuw Doddendaal kocht de benodigde diensten in en niet de bewoner.

Er werd een aanzet tot een dienstenbudget gegeven doordat bewoners als zij zelf voorzagen in de was, de maaltijdvoorziening of de schoonmaak hiervoor geld van Nieuw Doddendaal ontvingen. Ten tijde van het onderzoek was dat f 7,75 per maaltijd, f 12,- per week voor de schoonmaakwerkzaamheden en f 30,- per maand voor de was. Dit kon in totaal oplopen tot circa f 315,- per maand.

Het management van Nieuw Doddendaal gaf verschillende redenen aan voor het niet realiseren van het individueel leef- en dienstenbudget. Ten eerste was veel tijd en energie gaan zitten in de samenwerking met, de organisatie en de uitvoering van de dienstverlening door externe instellingen. Ten tweede had de uitwerking en het uitdragen van de uitgangspunten van het experiment veel tijd en energie gekost en ten derde moest rekening gehouden worden met maatschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van de financiering van verzorgingshuizen.

## **3.4 Het dienstenplan**

### *Structurele uitgangspositie*

In het dienstenplan worden de wensen en behoeften van de oudere geformuleerd. Op basis van wat de oudere of zijn/haar diens omgeving zelf kan of wil, worden de gewenste bijdragen van dienstverlenende instanties in kaart gebracht. De diensten kunnen betrekking hebben op maaltijdvoorziening, textielreiniging, interieur verzorging en professionele hulpverlening. Er worden gerichte afspraken gemaakt over de tijden waarop de benodigde diensten geleverd worden. Deze afspraken worden alle opgenomen in het dienstenplan van de betreffende bewoner. Op basis van het dienstenplan wordt een werkbeschrijving gemaakt voor de externe dienstverleners. Hierin staat de precieze taakhoud vermeld. De werkbeschrijvingen liggen op het appartement van de bewoner. In principe zal iedere drie maanden het dienstenplan met de bewoners geëvalueerd worden. Een voorbeeld van een dienstenplan is opgenomen in bijlage 3.1.

### *Procesresultaten*

De contactpersoon ging op basis van de uitgangspunten van het experiment met de bewoner na op welke wijze de bewoner met actuele behoeften en wensen om wilde gaan. De eigen handelwijze van de bewoner in een normale thuissituatie was daarbij het referentiepunt. Het was belangrijk dat bewoners niet het idee hadden dat zij aan het dienstenplan vastzaten. Veranderingen waren mogelijk. Voor 'niet levensbedreigende' zaken zoals bijvoorbeeld verandering van tijden waarop de dienstverlening plaats vond, was met de bewoners een wachttijd van een week afgesproken. Dit in verband met de planning van personeel door de externe dienstverlenende instellingen. Acute zaken, zoals ziekten, werden uiteraard direct of zo snel mogelijk geregeld.

In de praktijk bleek de driemaandelijke evaluatie van het dienstenplan in het derde experimentjaar pas gerealiseerd. Volgens de contactpersoon was dit niet altijd even gemakkelijk. Het was moeilijk de bewoners bij het onderwerp te houden en de bewoners vonden het moeilijk om kritiek te geven. Redenen hiervoor waren volgens de contactpersoon:

- de functie van contactpersoon vormde een onderdeel van de inventaris van het wooncentrum en was als gevolg hiervan geen neutrale functie. De bewoners waren bang dat ze, in geval van klachten of kritiek, ook de contactpersoon hiermee aanvielen,
- de bewoners waren afhankelijk van de dienstverlening en ze wilden Nieuw Dordendaal niet afvallen,
- deze generatie ouderen had niet of nauwelijks geleerd kritiek te leveren.

De contactpersoon vond het dan ook een belangrijke taak goed door te vragen bij bewoners en de bewoners duidelijk te maken dat zij bij haar terecht konden in geval van klachten of gevoelens van onvrede.



## Bewoners en werkwijze

*Niet alle bewoners zijn tevreden over de dienstverlening in Nieuw Doddendaal. Sommige bewoners hebben niet de instelling om hun leven zelfstandig in te richten. Deze bewoners hoeven in principe niets te weten van de filosofie en de werkwijze van het wooncentrum, maar ze botsen er in de praktijk wel tegen aan.*

*Voor bewoners die niet met een verzorgingshuisachtig idee naar ND zijn gekomen is het zeer zeker geslaagd. Zij zijn heel tevreden. Voor ouderen die met een verzorgingshuisachtig idee naar ND komen kun je het nooit goed doen of je moet helemaal aan hun verwachtingen voldoen. Soms blijkt dat er achter de ontevredenheid over de hoeveelheid zorg andere ongenoegens liggen, maar dat die op deze manier geuit worden. In enkele gevallen komt de contactpersoon dan aan hun wensen tegemoet en krijgen ze meer zorg. Dan blijkt dat ze dat niet willen: ze willen toch zoveel mogelijk zelf doen. Pas dan komt er uit dat ze ontevreden zijn over één of twee uitvoerenden waar ze diensten van krijgen.*

*(Interview contactpersoon, december 1992)*

In de looptijd van het experiment heeft het dienstenplan geleidelijk aan vorm gekregen. Het dienstenplan werd beschouwd als een contract tussen Nieuw Doddendaal en de bewoner. Een van de lastige aspecten was hoe het plan zo vorm gegeven kon worden dat enerzijds de afspraken tussen de bewoner en Nieuw Doddendaal duidelijk vermeld konden worden, een aantal noodzakelijke privégegevens genoemd kon worden en anderzijds dienstverleners geïnformeerd konden worden over het werk dat van hen verwacht werd, zonder dat zij onnodig privé gegevens onder ogen kregen. Er werd een vorm gevonden door naast het dienstenplan, de precieze aard van de gevraagde dienstverlening in een afzonderlijke werkinstructie op te nemen.

### 3.5 Externe dienstverlening

#### *Structurele uitgangspositie*

Diensten als huishoudelijke werkzaamheden, verzorgende en verplegende diensten worden niet door de organisatie van Nieuw Doddendaal zelf geleverd. Een belangrijke reden voor deze keuze is de verwachting dat ouderen minder afhankelijk worden van de organisatie van Nieuw Doddendaal en een grotere keuzevrijheid hebben van welke diensten en welke dienstverleners zij gebruik willen maken. Aanvankelijk is in een samenwerkingsovereenkomst tussen Nieuw Doddendaal, de gezinszorg en de kruisvereniging voorzien dat de twee laatstgenoemde organisaties de externe dienstverlening zouden verzorgen. De samenwerkingsovereenkomst heeft een looptijd van

drie jaar, maar is per januari 1992 beëindigd. Daarna is een contract met een particulier bureau gesloten.

### **3.5.1 Procesresultaten kruiswerk en gezinszorg**

De knelpunten die zich in de praktijk in de samenwerking tussen de drie partijen hebben voorgedaan, bleken voor een groot deel terug te voeren op verschillende visies op de uitgangspunten van de dienstverlening.

In deze uitgangspunten stond dat de bewoners van Nieuw Doddendaal beschouwd moesten worden als wijkbewoners. In de praktijk bleek dat de term 'wijkbewoners' door de partijen verschillend geïnterpreteerd werd. Deze verschillen speelden zich zowel af op het management niveau als op uitvoerend niveau. Volgens kruiswerk en gezinszorg dienden de bewoners op dezelfde wijze van diensten te worden voorzien als de andere bewoners van de wijk. Dit betekende, dat de intake door deze thuiszorgorganisaties zelf geschiedde. In de visie van Nieuw Doddendaal diende de intake echter door de contactpersoon van Nieuw Doddendaal te gebeuren. Bij wijze van compromis vond in de praktijk een dubbele intake plaats. Eerst verzorgde de contactpersoon de intake en stelde het dienstenplan op. Vervolgens werd nog een intake verricht door de gezinszorg en/of het kruiswerk om te komen tot een precieze indicatie. In de praktijk betekende dit voor bewoners die van beide instellingen diensten ontvingen, drie intakes. Dit werkte verwarrend voor de bewoners; zij gaven bij de tweede en/of derde intake niet alles meer aan met het idee dat de contactpersoon dat allemaal al geregistreerd had. Het gevolg was dat de bewoners niet alle diensten kregen die in eerste instantie met de contactpersoon waren afgesproken. Naar aanleiding hiervan was met de gezinszorg afgesproken dat zij alleen in geval van complexe zorgsituaties nog de intake deden en dan gezamenlijk met de contactpersoon. Deze laatste kon er dan op toe zien dat inderdaad alle benodigde diensten aan de orde kwamen. In geval van 'eenvoudiger' taken werd de intake overgelaten aan de contactpersoon. Deze belde de benodigde diensten door naar het middenkader van de gezinszorg. De kruisvereniging heeft tot het einde van de samenwerking de intake in eigen handen gehouden.

Een belangrijke consequentie van dit compromis was dat de omvang van de dienstverlening uiteindelijk bepaald werd door gezinszorg en kruiswerk. In de loop van de tijd werd dit hoe langer hoe meer onacceptabel voor Nieuw Doddendaal. In het kader van de budgetbewaking wenste het management van Nieuw Doddendaal zicht te hebben op de dienstverlening door gezinszorg en kruiswerk. Medio juli 1991 werden met directie en middenkader niveau van beide instellingen afspraken gemaakt voor een procedure van flattering: iedere dienstverlening diende in het vervolg de uitdrukkelijke goedkeuring van de contactpersoon te krijgen.

Een ander knelpunt dat rechtstreeks voortvloeide uit de verschillende visies op het begrip 'wijkbewoner' was het volgende. Volgens kruiswerk en gezinszorg waren bewoners van Nieuw Doddendaal - conform de situatie van wijkbewoners - rechtstreeks cliënten van hun instellingen. In de opvatting van Nieuw Doddendaal was Nieuw Doddendaal de klant van kruiswerk en gezinszorg. Dit betekende, dat de vraag naar dienstverlening van Nieuw Doddendaal door de gezinszorg en kruiswerk moest worden geleverd, niet meer en niet minder. Nieuw Doddendaal beschouwde haar bewoners als haar cliënten. De vraag naar dienstverlening kwam tot stand via consultatie van bewoners. Deze visie van Nieuw Doddendaal beschouwden gezinszorg en kruiswerk als een ondergraving van hun professie. Zij achtten hun professionele autonomie aangetast in de door Nieuw Doddendaal beoogde rol van leverancier pur sang.

### *Coördinatie van de dienstverlening*

Ten aanzien van de coördinatie van de dienstverlening bestonden ook verschillende perspectieven tussen Nieuw Doddendaal, gezinszorg en kruiswerk. Volgens Nieuw Doddendaal behoorde de coördinatie van de dienstverlening in handen te zijn van de contactpersoon. Zij diende bewoners te ondersteunen bij de organisatie van de dienstverlening. Zij is intermediair tussen bewoners en instellingen en onderhandelde met de instellingen over de te leveren zorg. Nieuw Doddendaal wilde de functie van contactpersoon behouden omdat de verantwoordelijkheid voor het budget, gezien de huidige financiering, bij Nieuw Doddendaal lag.

#### **Wijkverpleging en deskundigheid**

*De werkwijze van de kruisvereniging houdt een breder aanbod in dan sec verzorging.*

*De wijkverpleging is er niet alleen voor het billen wassen. Er is sprake van curatieve zorg, coördinatie en preventie.*

*De contactpersoon heeft taken die overlap vertonen met de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige heeft nu duidelijk grenzen bepaald: Nieuw Doddendaal accepteert het totale pakket van de kruisvereniging, of Nieuw Doddendaal huurt maar een uitzendbureau in.*

*(Interview hoofd zorg kruisvereniging, juni 1991)*

Volgens het kruiswerk behoorde coördinatie tot zijn competentie en was het een wezenlijk onderdeel van het takenpakket en deskundigheid van de wijkverpleegkundige. Het werd duidelijk dat Nieuw Doddendaal als klant van het kruiswerk deze deskundigheid niet wilde kopen: de contactpersoon voorzag daarin. De kruisvereni-

ging legde zich uiteindelijk bij dit standpunt neer en de coördinatie van de dienstverlening werd officieel afgestaan aan de contactpersoon. Uit het gesprek met de wijkverpleegkundige na de stopzetting van de samenwerking bleek dat door het weghalen van de verantwoordelijkheden met betrekking tot de coördinatie van de dienstverlening er in veel gevallen ook met het tweede deskundigheidsniveau (ziekenverzorgende) gewerkt had kunnen worden. Zij ervaarde het afstaan van de zorgcoördinatie als een beperking van haar werk als verpleegkundige.

Voor de gezinsverzorging lag het punt van de coördinatie van de dienstverlening minder gevoelig omdat uitvoerenden niet opgeleid zijn voor coördinatie taken en deze ook doorgaans niet op zich nemen. In de thuissituatie behoorde deze taak tot de leidinggevende van de gezinszorg. Voor de gezinsverzorging was de vraag belangrijker hoe zwaar de functie van contactpersoon werd ingevuld en daarmee de positie bepaald werd in hoeverre kruiswerk en gezinszorg nog verantwoordelijk waren voor de omvang en inhoud van de dienstverlening. De gezinszorg ging uiteindelijk ook accoord met het toebedelen van de coördinatie van zorg en daarmee de eindverantwoordelijkheid aan de contactpersoon van het wooncentrum. De consequenties waren volgens de gezinszorg dat het minder een gezamenlijk experiment geworden was: het kruiswerk en de gezinszorg waren leveranciers van diensten geworden. De gezinszorg stelde voor het derde experimentjaar dan ook detachering van hun personeel in Nieuw Doddendaal voor.

### *Financiering*

In 1990 waren afspraken gemaakt over de betaling van diensten. Nieuw Doddendaal kwam met de gezinszorg en het kruiswerk een vooraf vastgesteld bedrag overeen dat in maandelijkse termijnen uitbetaald werd. Het bedrag was niet gekoppeld aan het aantal geleverde uren met als reden dat op dat moment geen ervaringsgegevens voorhanden waren met betrekking tot de benodigde dienstverlening in het wooncentrum. De afspraak met Nieuw Doddendaal hield in dat alleen de uren zorgverlening berekend zouden worden. Het kruiswerk en de gezinszorg waren met elkaar overeengekomen dat ze hier ieder de helft van kregen. Gedurende dat jaar werd duidelijk dat de gezinszorg hier niet mee toekwam: alleen al met overlegtijd (overhead) was een bedrag van f 20.000,- gemoeid. De kruisvereniging kwam in 1990 ruimschoots uit met haar deel van het bedrag. Van overheveling van gelden van de kruisvereniging naar de gezinszorg kon geen sprake zijn, omdat de kruisvereniging van dit geld een extra formatieplaats voor Nieuw Doddendaal had gecreëerd. De gezinszorg had geen extra personeel aangetrokken voor Nieuw Doddendaal, wel personeel vrijgesteld voor het werken in Nieuw Doddendaal. Uit een evaluatiegesprek eind 1990 tussen het management van gezinszorg, de kruisvereniging en Nieuw Doddendaal bleek dat de kruisvereniging de afspraken op financieel gebied voor 1991 wenste te continu-

eren, maar de gezinszorg concludeerde dat het budget verhoogd moest worden en wilde een uurprijs. Op verzoek van Nieuw Doddendaal werd voor het jaar 1991 de afspraak gemaakt dat Nieuw Doddendaal de geleverde diensten vanuit het kruiswerk en de gezinszorg per uur ging betalen. Om dit op een verantwoorde wijze te kunnen doen, was het volgens Nieuw Doddendaal nodig dat de contactpersoon haar fiat gaf, alvorens diensten werden geleverd en dat er een juiste registratie plaatsvond.

### *Fiatting van de diensten*

Ten behoeve van de fiatting werd door Nieuw Doddendaal een speciaal formulier ontwikkeld. De procedure was als volgt. De contactpersoon fiatteerde vooraf de benodigde diensten van kruiswerk en gezinszorg. Bij nodige extra taken moest eerst de contactpersoon geraadpleegd worden en uitlooptijden moesten achteraf verantwoord worden. In acute situaties moest de zorg die op dat moment nodig was, worden geleverd. Deze diensten konden dan achteraf door de contactpersoon gefiatteerd worden. Beide zaken waren nieuw voor gezinszorg en kruiswerk en het vergde de nodige aanpassing van hun medewerkers, zowel op middenkader als op uitvoerend niveau.

Omdat de zorgcoördinatie de taak was van de contactpersoon, vond de kruisvereniging fiatting van de zorg door Nieuw Doddendaal een logische ontwikkeling. De kruisvereniging was echter niet in staat vooraf in te schatten hoeveel tijd een verpleegkundige voor een bepaalde taak nodig had. De contactpersoon maakte samen met de wijkverpleegkundige een grove tijdsinschatting van de diensten. Uit de evaluatie die eind 1991 tussen de drie instellingen onder leiding van een organisatie adviesbureau is gehouden, bleek dat het fiattingsformulier in de praktijk werkte. Dat wilde zeggen: de inschatting van de wijkverpleegkundige van de omvang en inhoud van de diensten werd door de contactpersoon overgenomen. Waar de wijkverpleegkundige in het begin bang voor was, is niet gebeurd. Ze hoefde niet aan Nieuw Doddendaal een verklaring af te leggen voor de inhoud van de zorg.

Het probleem van Nieuw Doddendaal was hiermee echter niet opgelost: de wijkverpleegkundige bepaalde wat nodig was bij een bewoner. Nieuw Doddendaal kon de omvang en inhoud van de dienstverlening niet volledig beheersen, wat wel nodig was gelet op de verantwoordelijkheid van Nieuw Doddendaal voor het eigen budget. Bovendien stelde Nieuw Doddendaal vast dat er sprake was van hiaten in de geregistreerde dienstverlening door middel van het fiattingsformulier en de declaraties van de kruisvereniging. Daarnaast was Nieuw Doddendaal van mening dat het in bepaalde gevallen met minder uren hulp had gekund of met een lager deskundigheidsniveau. De kruisvereniging trok in twijfel of Nieuw Doddendaal wel de juiste deskundigheid in huis had om deze inschatting te kunnen maken.

De gezinsverzorging had moeite met de flattering van de diensten door de contactpersoon. Ten eerste zagen zij dit als een aantasting van hun deskundigheid met betrekking tot de intake en ten tweede constateerden zij dat daardoor de uitvoerenden te maken kregen met dubbele hiërarchische lijnen. De uitvoerenden moesten verantwoordelijkheid afleggen aan de leidinggevende binnen de gezinszorg en aan de contactpersoon van Nieuw Doddendaal. Uiteindelijk stemde de gezinsverzorging in met de flatteringsprocedure. Er werden duidelijke afspraken gemaakt naar de uitvoerenden toe: voor praktische zaken omtrent de uitvoering van de diensten konden ze terecht bij de contactpersoon van Nieuw Doddendaal, voor arbeidsomstandigheden en organisatieproblemen bij de leidinggevende van de gezinszorg. Voor 1992 stelde de gezinsverzorging detachering van hun personeel bij Nieuw Doddendaal voor. Met detachering zou de gezinsverzorging dan nog een puur zakelijke verhouding met Nieuw Doddendaal hebben en zou flattering van diensten niet meer nodig zijn. Voor de uitvoerenden zou detachering ook duidelijker worden: ze zouden dan maar met één leidinggevende te maken hebben, in plaats van één leidinggevende van de gezinszorg en de contactpersoon van Nieuw Doddendaal. Het management van Nieuw Doddendaal ging uiteindelijk niet in op het detacheringsvoorstel van de gezinszorg. Voor haar betekende dit een stap terug naar een 'institutionele instelling'.

Uit de gesprekken met de uitvoerenden van de gezinszorg bleek dat zij in de praktijk moeite hadden met de flattering. Ze vonden het moeilijk om voor elke vijf minuten extra diensten goedkeuring te vragen aan de contactpersoon. Het was volgens hen moeilijk om in strakke tijdsschema's te werken omdat je met mensen te maken had.

#### **Gezinsverzorging en werkwijze**

*De zorgverlening werd naar mening van de uitvoerenden teveel in verband gebracht met geld en 'tijd is geld'. Bij situaties waarin de tijd dreigde overschreden te worden, moest eerst nagedacht worden of het probleem niet opgelost kon worden door een receptiemedewerkende. In praktijk werkte dit niet. Besloten werd dat in acute situaties direct hulp geboden moest worden. Maar wat te doen bijvoorbeeld bij een bewoner die er tegen opziet alleen naar het ziekenhuis te gaan voor controle? Dit voorval gebeurde voor acht uur 's ochtends zodat de betreffende gezinsverzorgende geen advies kon inwinnen. In de wijk was ze mee gegaan. Hier wist ze niet of het mocht. De bewoner is uiteindelijk alleen gegaan.*

*(Interview uitvoerenden gezinszorg, juni 1992)*

In de praktijk kwam het er vaak op neer dat de uitvoerenden de extra tijd die ze bij bewoners doorbrachten, niet doorgaven en het in hun eigen tijd deden. Ze hadden verder het gevoel in dienst te zijn van Nieuw Doddendaal, in plaats van bij hun eigen

instelling. Door deze manier van werken kwam volgens de uitvoerenden de eigen inbreng in de verdrukking en leek het alsof Nieuw Doddendaal geen vertrouwen had in de professionaliteit van de gezinszorg.

### *Beëindiging van de samenwerking*

Nieuw Doddendaal maakte eind 1991 de balans van de samenwerking met de gezinszorg en het kruiswerk op. De flattering, opgezet met het doel verantwoordelijkheid te dragen in de omvang en inhoud van de dienstverlening, had niet het gewenste effect. Nieuw Doddendaal had, met name naar de kruisvereniging toe, geen invloed en zicht op de omvang en inhoud van de dienstverlening. Zij kon alleen achteraf zien wat aan budget nodig is voor de diensten van de kruisvereniging.

De gezinsverzorging stelde detachering voor van hun personeel bij Nieuw Doddendaal.

In november 1991 kwamen gezinszorg en kruiswerk met een gezamenlijke offerte voor 1992. De intake maakte onderdeel uit van de offerte. Daarnaast werd er, in de ogen van Nieuw Doddendaal, te veel overhead gerekend. Nieuw Doddendaal besloot de samenwerking met de gezinszorg en het kruiswerk te beëindigen en ging verder met een particulier verpleegbureau.

### *Terugblik van gezinszorg en kruiswerk*

Na de beëindiging van de samenwerking zijn met directie, middenkader en uitvoerenden van gezinszorg en kruiswerk gesprekken gevoerd over hun belangrijkste ervaringen met het experiment Nieuw Doddendaal.

Uit deze gesprekken bleek dat de informanten verschillen in visies op centrale begrippen als coördinatie van zorg, intake en wijkbewoners hebben ervaren en op het niveau van directie en middenkader een gebrek aan communicatie. Structurele overlegsituaties vonden alleen plaats tussen Nieuw Doddendaal en het middenkader van de kruisvereniging. Met het middenkader en directieniveau van de gezinszorg en het directieniveau van het kruiswerk bestonden geen structurele overlegsituaties. In geval van problemen werd op ad hoc basis een bijeenkomst belegd. In de praktijk gebeurde dit, naar de mening van betrokkenen, veelal te laat door overvolle agenda's. Daarnaast liep de informatie vaak over te veel schijven voordat deze bij de juiste persoon terecht kwam, hetgeen in de praktijk inefficiënt werkte.

Het gebrek aan communicatie speelde zich niet alleen af tussen de drie partijen onderling. Ook de interne communicatie bij de kruisvereniging verliep zeker in het begin niet vlekkeloos. De leidinggevende ervaarde zeker te weinig steun en informatie vanuit de directie. Bij de directie van de kruisvereniging bestond aanvankelijk ook het idee zich niet teveel met de details te bemoeien. Men gaf ruimte en verantwoordelijkheid aan de leidinggevende en uitvoerenden om zelf hierin een weg te vinden.

Achteraf constateerde de directie van de kruisvereniging dat ze onderschat had wat dit in de praktijk voor de leidinggevende en uitvoerende betekende en dat men eerder sturend had moeten optreden. Sturend in de zin van: wat verstaat Nieuw Doddendaal onder wijkbewoners, wat wordt door de betrokken partijen verstaan onder de begrippen intake en zorgcoördinatie.

Zowel het kruiswerk als de gezinszorg waren in het experiment gestapt met het idee dat het een gezamenlijk experiment was, door alle drie partijen gedragen. Gaandeweg het experiment werd het de gezinszorg en het kruiswerk steeds meer duidelijk dat het een experiment van Nieuw Doddendaal was, waarbij de rol van gezinszorg en kruiswerk er een van leverancier van diensten werd. De leidinggevende van het kruiswerk denkt achteraf dat Nieuw Doddendaal met haar vraag, om specifieke diensten op contractbasis te leveren, te vroeg kwam. Op dat moment kon de organisatie niet flexibel op de vraag inspelen. Naar zijn mening is die flexibiliteit er langzamerhand wel gekomen, maar Nieuw Doddendaal ging te snel.

Uit de gesprekken met de uitvoerenden van gezinszorg en kruiswerk bleek dat ondanks alle perikelen rondom de coördinatie van zorg en flattering van diensten, de uitvoering van de dienstverlening naar de bewoners en de samenwerking tussen de verschillende disciplines goed liep. Het wekelijks overleg tussen de drie instellingen speelde hierin een belangrijke rol.

#### **Gezinsverzorgenden en werkwijze**

*De werkwijze en het denken in termen van 'tijd is geld' heeft ook nadelige effecten voor de bewoners. Te snel wordt er zorg van de bewoners weggenomen.*

*Bijvoorbeeld. Een bewoner woonde samen met twee andere hulpbehoevende bewoners. De ene bewoner overleed, de andere kon op een dagopvang geplaatst worden.*

*De overblijvende bewoner kreeg meteen geen hulp meer. Volgens de gezinsverzorgenden kan dit niet. Na zulke emotionele gebeurtenissen kun je niet de zorg afbreken: dit moet je langzaam afbouwen.*

*De gezinsverzorgenden proefden een verschil tussen bewoners die rechtstreeks van huis kwamen en bewoners die reeds in een verzorgingshuis hadden gewoond. Deze laatsten zijn meer gehospitaliseerd en vragen meer hulp dan ze nodig hebben.*

*(Interview uitvoerenden gezinszorg, juni 1992)*

Wel vonden de uitvoerenden van de gezinszorg dat naar hun mening Nieuw Doddendaal er te snel vanuit ging dat bewoners zelf de zorg weer konden oppakken.



### 3.5.2 Procesresultaten particulier verpleegbureau

Door de komst van het particulier verpleegbureau waren een aantal belangrijke knelpunten voor Nieuw Doddendaal opgelost. De intake en coördinatie van zorg zijn taken die hoorden bij de contactpersoon en vormden geen punt van discussie meer. Nieuw Doddendaal bepaalde de omvang en inhoud van de dienstverlening. De samenwerking en de uitvoering van de dienstverlening verliep volgens Nieuw Doddendaal en het bureau naar wens. Knelpunten en problemen waren bespreekbaar en werden op korte termijn opgelost.

De keuze voor een particulier bureau betekende echter dat aan een ander uitgangspunt, namelijk het behoud van bestaande externe kaders van externe dienstverlening, niet meer vastgehouden kon worden. Ouderen die in de thuissituatie al hulp ontvingen van gezinsverzorging en kruiswerk, konden in de Nijmeegse situatie de diensten van deze instellingen niet behouden bij verhuizing naar het wooncentrum.

Een knelpunt dat het management van Nieuw Doddendaal in de eerste maanden van 1992 duidelijk werd, was het gevolg van het feit dat het personeel van het verpleegbureau alleen maar voor Nieuw Doddendaal werkte. Met het verpleegbureau hadden de uitvoerenden alleen zakelijk contact. Ze beschouwden Nieuw Doddendaal als hun werkplek en hadden behoefte aan collegiale contacten. De tussenuren werden in Nieuw Doddendaal doorgebracht, in een van de huiskamers. Het management van Nieuw Doddendaal signaleerde dat het 'eigen personeel' dreigde te worden. Nieuw Doddendaal kocht echter vanuit een duidelijke visie de benodigde diensten in bij derden en had geen directe bemoeienis met personeel. Voor de uitvoerenden van het bureau betekende deze houding van Nieuw Doddendaal onder andere dat zij alleen op de afgesproken tijden in Nieuw Doddendaal mochten zijn om diensten te leveren. In de praktijk bleek dit moeilijk op te lossen te zijn. De meeste uitvoerenden kwamen van buiten de stad en het verpleegbureau kon ze tijdens de tussenuren niet ergens anders, bijvoorbeeld in de wijk, inzetten om diensten te verlenen. Nieuw Doddendaal stelde de zolderkamer van het wooncentrum beschikbaar als overblijfruimte voor het personeel. In de praktijk bleek dit vaak niet te werken: de uitvoerenden brachten zelf regels aan wanneer ze wel of niet naar boven gingen. Bij de evaluatiegesprekken in oktober 1992 werd dit punt door Nieuw Doddendaal opnieuw op de agenda geplaatst. Enerzijds was Nieuw Doddendaal van mening dat zij dit personeelsprobleem van het verpleegbureau niet op hoefde te lossen, anderzijds was één van de topics in het innovatieplan voor 1993 het loskoppelen van wonen en organisatie. Hetgeen concreet betekende dat het management van Nieuw Doddendaal elders gehuisvest zou gaan worden. Nieuw Doddendaal wilde dan ook voor het volgende jaar dat de medewerkers van het verpleegbureau buiten de tijden waarop diensten dienden te worden geleverd niet in het wooncentrum verbleven. Een mogelijke

oplossing werd gezien in het huren van een ruimte door het verpleegbureau in het aangrenzende activiteitencentrum. De prijs hiervan zou echter wel door het verpleegbureau doorberekend worden in de tarieven voor het komende jaar.

Een ander knelpunt dat zich voordeed betrof de deskundigheid van het uitvoerende personeel van het uitzendbureau. Vanaf 1 januari 1992 werkten vanuit het verpleegbureau bejaardenhulpverleners, bejaardenverzorgers en ziekenverzorgers in het wooncentrum.

Naar aanleiding van concrete ervaringen bij bewoners, waar enkele uitvoerenden van het verpleegbureau faalden in hun signalerende taak, vroeg Nieuw Doddendaal zich af welk deskundigheidsniveau vereist was gezien de specifieke werkwijze van het wooncentrum.

De uitvoerenden van de gezinsverzorging en wijkverpleging waren door de aard van hun werk in de wijk gewend zelfstandig te werken en verantwoordelijkheid te dragen. Bejaardenhulpverleners echter mochten alleen taken verrichten onder toezicht. Dit toezicht ontbrak in Nieuw Doddendaal en in de praktijk bleek dat de werkwijze in het wooncentrum een zelfstandig functioneren vroeg. De dienstenplannen van de bewoners werden vanuit dit gezichtspunt opnieuw doorgenomen en Nieuw Doddendaal kwam tot de conclusie dat er een hoger deskundigheidsniveau vereist was dan bejaardenhulpverlener. Voor 1993 werden alleen nog maar bejaardenverzorgers, ziekenverzorgers en indien nodig verpleegkundigen gevraagd. Aangezien het verpleegbureau de contracten met het personeel, de rooster en plannings voor 1993 al gemaakt waren werd besloten een overgangstijd in te lassen tot 1 april 1993.

#### *Terugblik van het particulier verpleegbureau*

Uit het gesprek dat is gehouden met het management van het verpleegbureau (december 1992) bleek dat zij achter de uitgangspunten en werkwijze van het wooncentrum stonden. Het produkt dat Nieuw Doddendaal vroeg was op zich niet zo moeilijk te leveren. Gecombineerd met de uitgangspunten echter wel. Men kreeg te maken met organisatorische planningsproblemen. Doordat Nieuw Doddendaal bijvoorbeeld de vraag van de bewoner als uitgangspunt nam, kon het verpleegbureau niet alle diensten van het personeel op elkaar laten aansluiten en vielen er tussenuren.

Uit de gesprekken met uitvoerenden van het verpleegbureau kwam naar voren dat ze achter de uitgangspunten van het wooncentrum stonden en het prettig werkten vonden. Ze vonden dat je creatief moest zijn, geduld moest hebben en zagen het als hun taak bewoners zoveel mogelijk te stimuleren dingen zelf te doen. Achteraf signaleerden de uitvoerenden dat bewoners blij waren dat ze het zelf hadden gedaan.

Een enkele uitvoerende had moeite met de vraag in hoeverre de verantwoordelijkheid bij de bewoners lag en wanneer ingegrepen moest worden. Zij had het idee dat Nieuw Doddendaal de verantwoordelijkheid soms te lang bij de bewoners liet liggen en daardoor te laat ingreep. Als zij dit soort zaken signaleerde, bijvoorbeeld vervuiling, gaf zij het door aan de contactpersoon. Verder hadden de uitvoerenden de ervaring dat de tijden die voor de diensten stonden, krap waren, met name bleef er weinig tijd over sociale contact met de bewoners. De uitvoerenden waren van mening dat de sociale kant voor de bewoners vaak belangrijker was dan de verzorgende kant.

De uitvoerenden hadden verder graag gezien dat Nieuw Doddendaal mogelijkheden gaf om met de bewoners naar buiten te gaan. Zij hadden Nieuw Doddendaal voorgesteld daar (vrijwillig) de tussenuren voor te gebruiken. Dit verzoek werd, tot teleurstelling van de uitvoerenden, door Nieuw Doddendaal afgewezen: alleen de bewoners waar uitvoerenden van het bureau kwamen, zouden er van profiteren en de betreffende bewoners moesten zich aanpassen aan en wachten op de tijden waarop het verpleegbureau kon komen.

### **3.6 Begeleiding en scholing van interne en externe dienstverleners**

#### *Structurele uitgangspositie*

Begeleiding en scholing van interne en externe dienstverleners wordt ingezet om de medewerkers zowel intern als extern vertrouwd te laten worden met de uitgangspunten van het experiment. Bij de vormgeving van de dienstverlening worden algemene richtlijnen gehanteerd. Deze richtlijnen luiden als volgt:

- de oudere dient benaderd te worden als individu met een recht om zelf te beslissen: de dienstverlener dient een service verlener te zijn die de oudere in zijn waarde laat in plaats van 'verzorger' te zijn,
- de dienstverlener dient steeds eerst te kijken naar de wensen en levensbehoeften van de oudere zelf en dan pas naar het bestaande aanbod van diensten. Hij of zij dient te zoeken naar (nieuwe) oplossingen die zo goed mogelijk beantwoorden aan de wensen en behoeften van de oudere,
- de dienstverlener dient na te gaan hoe de oudere een kwestie 'thuis' zou aanpakken; hij of zij dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij de al bestaande gewoonten van de oudere en in de normale thuissituatie bestaande kaders voor dienstverlening,
- de dienstverlener gaat steeds uit van wat de oudere zelf kan/wil, wat mensen uit diens eigen omgeving willen/kunnen en vult dan pas in welke diensten van instanties nodig zijn. De dienstverlener dient 'met de handen op de rug' te werken,

- de dienstverlener gaat na of er een oplossing mogelijk is door hulpmiddelen/faciliteiten in te zetten in plaats van dienstverleners,
- de dienstverlener bewaakt - met de oudere en diens omgeving - of ook inderdaad de dienstverlening wordt gerealiseerd die nodig is en of dit op de gewenste wijze gebeurt. Hij of zij draagt zorg voor een oplossing (door anderen) van eventuele problemen,
- in geval van noodsituaties springt de dienstverlener zelf bij.

De impliciete doelstelling die achter deze richtlijnen zit, is het tegengaan van institutionalisering. Hiermee wordt bedoeld het voorkómen dat mensen afhankelijk worden en zich gaan aanpassen aan degenen die niet afhankelijk zijn.

### *Procesresultaten*

De scholing werd verzorgd door de Volkshogeschool 'Ons Erf' in Berg en Dal<sup>1</sup>. Voor de daadwerkelijke start van het wooncentrum waren er twee scholingsdagen voor het vaste team van Nieuw Doddendaal.

#### **Scholingsdagen team Nieuw Doddendaal**

*Wat in de bijeenkomsten vooral naar voren kwam was het volgende probleem. Het team verveelde zich dood, van nature of door de vorige baan, waren het nogal 'doenerige' mensen, maar nu mochten ze, volgens de filosofie niets doen. Daarbij zagen ze, vooral bij de gezinszorg en kruiswerk, van alles mis gaan. Er kon bijvoorbeeld niet geregeld worden dat bewoners zelf konden bepalen hoe laat ze naar bed wilden, overdrachten liepen met name in het weekend fout etcetera.*

*Aan de andere kant vond de directie dat het team te weinig initiatieven en enthousiasme toonden in hun werk. Kortom door de filosofie centraal te stellen werd het team min of meer lam gelegd. Veel is er toen gepraat over wat mag je van je functie maken. Wat is je persoonlijke frustratie, kun je van nature bijvoorbeeld moeilijk tegen niets doen en wat moet echt anders georganiseerd worden. De CP daarentegen had het gevoel overwerkt te raken.*

*(Interview cursusleidster, september 1991)*

De nadruk in deze twee dagen lag op de filosofie en de uitgangspunten van het wooncentrum, de plaats van de functies (receptiemedewerkers, contactpersoon en coördinator) binnen de organisatie en visies op zorg.

In het eerste experimentjaar werden acht dagen gereserveerd voor scholing van het vaste personeel, in het tweede vijf dagen en in het derde experimentjaar drie dagen.

---

<sup>1</sup> Inmiddels gefuseerd met de 'Driekant' opleiding en advies te Valkenburg aan de Geul.

Onderwerpen die onder andere aan bod kwamen tijdens deze scholingsdagen: visies op ouder worden; kennis van de sociale kaart en voorzieningen in Nijmegen; trainingen in signaleren; doorverwijzen, onderhandelen en conflicthantering; het werken in een team; autonomie en institutionalisering en beeldvorming van de eigen organisatie.

#### **Werken vanuit de filosofie**

*In het logboek was genoteerd dat een ziekenverzorgende van het verpleegbureau aan de receptie de sleutel had gevraagd van het appartement van bewoner A. Bewoner A lag op dat moment in het ziekenhuis. De ziekenverzorgende wilde verbandspullen van het appartement halen om bij bewoner B een wond te behandelen. De receptiemedewerker heeft de sleutel gegeven. De ziekenverzorgende heeft dus onbevoegd het appartement betreden. Beiden hebben gehandeld in strijd met de filosofie. Beiden zullen er op aangesproken worden.*

*(Voortgangsoverleg, juni 1991).*

Op deze scholingsdagen waren er mogelijkheden voor eigen inbreng en werd er zoveel mogelijk gewerkt met praktijkvoorbeelden. Ook werden nu en dan buitenstaanders gevraagd deel te nemen aan (een gedeelte van) de dag om 'blanco' kritische vragen te kunnen stellen over het werken volgens de uitgangspunten in de praktijk.

#### **Interne dienstverleners**

Uit de gesprekken met het management en vaste personeelsleden van Nieuw Doddendaal kwam naar voren dat in de afgelopen drie jaar veel energie was gaan zitten in het ontwikkelen, zich eigen maken en uitdragen van de filosofie en de uitgangspunten. Naast de praktijk en de interne overlegsituaties hadden de scholingsdagen hieraan een belangrijke bijdrage geleverd. Alle informanten waren het er over eens dat ze zich de uitgangspunten en de daaruit voortvloeiende werkhouding de afgelopen jaren goed eigen hadden gemaakt. Enkelen van hen werden zich daarvan pas goed bewust als ze in een traditioneel verzorgingshuis kwamen. Dan pas viel op dat veel dingen eigen geworden waren. Bijvoorbeeld als bewoners belden, eerst vragen waarom ze bellen: 'wat kan ik voor U doen' en er niet meteen naar toe lopen. Ook werd aangegeven dat het moeilijk bleef en iedere situatie weer anders is en om een andere manier van reageren vroeg: 'in het wooncentrum werk je niet vanuit een automatisme' aldus een van de receptiemedewerkers.

Het consequent doorvoeren van de uitgangspunten had ook effect op het taalgebruik in het wooncentrum. Het management en het vaste team van Nieuw Doddendaal vonden het belangrijk om bijvoorbeeld te spreken van 'dienstverlening' in plaats van

zorgverlening, 'appartement' in plaats van kamer, en 'dienstenplan', in plaats van zorgplan.

### *Externe dienstverleners*

Voor de uitvoerenden van gezinszorg, kruiswerk werd tezamen met het vaste team van Nieuw Doddendaal tweemaal per jaar een scholingsdag georganiseerd. Met name de uitgangspunten van het experiment, de praktische uitwerking ervan in de praktijk en de samenwerking tussen de drie partijen waren de belangrijkste onderwerpen.

#### **Gezinszorg en werkwijze**

*In het begin hadden ze moeite met de manier waarop geacht werd te werken in Nieuw Doddendaal. Ze waren gewend alles voor de klant te doen, gauw dingen uit handen te nemen. Door de scholingsdagen, het wekelijks overleg en ervaring kunnen ze nu goed uit voeten met de nieuwe werkwijze. Al gaat het soms nog mis.*

*Bijvoorbeeld een bewoner vraagt de gezinsverzorgende de huisarts te bellen voor een pijnlijk oor. De gezinsverzorgende doet dat en krijgt van de huisarts te horen dat de betreffende bewoner maar wat sla-olie in het oor moest laten lopen. Dit advies geeft ze door aan de bewoner. Later hoort de gezinsverzorgende de betreffende bewoner zelf de huisarts bellen omdat hij het niet met de voorgestelde behandeling eens is. Met andere woorden: ze was te snel op de vraag ingegaan, de betreffende bewoner kon het dus prima zelf.*

*Maar het blijft moeilijk te volharden in de houding: werken met de handen op de rug. Sommige bewoners zeggen namelijk: 'Ik ben 85 jaar, laat nu iemand anders het maar doen, ik heb het wel gehad'.*

*(Interview uitvoerenden gezinszorg, juli 1991)*

Het zich eigen maken van de uitgangspunten bij de uitvoerenden van de gezinszorg en kruiswerk gaf niet veel problemen. Gezien de aard van hun werk bij mensen thuis waren zij gewend zelfstandig te werken en privacy te respecteren.

Het begeleiden en scholen van de uitvoerende van het particulier verpleegbureau heeft meer energie gekost. Al na een maand bleek dat er een team van het verpleegbureau in het wooncentrum werkte met een voornamelijk intramurale achtergrond en met een dienovereenkomstige 'verzorgende' houding. Er ontbraken aanvankelijk de nodige vaardigheden om in het concept van Nieuw Doddendaal te functioneren. Dit leverde een nieuw knelpunt op voor Nieuw Doddendaal om condities voor zelfstandigheid van ouderen te optimaliseren.

Intensieve begeleiding door middel van gesprekken met de coördinator en casusbesprekingen met de contactpersoon hadden in eerste instantie niet het gewenste effect.

De uitvoerenden konden zich de werkwijze moeilijk eigen maken en vatten het geheel op als een stelsel van regels en wetten, in plaats van een werkhouding.

Daarnaast werden er scholingsdagen georganiseerd voor de uitvoerenden waar de uitgangspunten en de werkwijze van het wooncentrum uitgebreid, aan de hand van praktijkvoorbeelden, aan de orde kwamen. De kosten die gepaard gingen met de organisatie van de scholingsdagen werden door beiden partijen gedeeld.

Door de scholingsdagen en de casusbesprekingen met de contactpersoon kwam in de werkhouding en werkwijze van de uitvoerenden in de loop van 1992 verbetering. De contactpersoon merkte de verbetering ook tijdens de casusbesprekingen. In de eerste paar bijeenkomsten was zij alleen aan het woord, maar langzamerhand spraken de uitvoerenden ook elkaar op hun werkwijze aan en stonden open voor alternatieve handelwijzen en voelden zich minder aangevallen.

### **Ontslagen uitvoerende verpleegbureau en de werkwijze**

*Volgens de ex-medewerker zijn de uitvoerende van het verpleegbureau, na de ontslagen, bang geworden, ze durven niets meer te zeggen. Ze geeft een voorbeeld.*

*Mevr. X (bedlegerig, NW) heeft meerdere malen aangegeven dat ze met de Kerst het liefst konijnenbiljetjes met speksaus wilde eten. De (ex)medewerker had dit besproken met een andere uitvoerende. Deze zou het thuis klaarmaken en fijnmalen in de keukenmachine. Echter op het laatste moment liet ze het toch afweten. Ze durfde het niet, bang voor commentaar van ND. Ze zei tegen haar: "Laat me, je trekt me mee".*

*De coördinator zegt dat de uitvoerenden niet mogen zeggen als ze bij een bewoner weggaan: "kan ik nog iets voor U doen?". Dan bied je volgens haar weer hulp aan. De uitvoerende zegt dat het meer bedoeld is als een beleefdheidsvorm bij het weggaan. Meer zoiets van: "ben ik iets vergeten, heb ik alles gedaan wat gedaan moest worden?"*

*Volgens haar mag je buiten de dienstenplannen niets voor de bewoners doen. Even een broodje meebrengen uit de stad, omdat je in de pauze daar toch naar toegaat, geeft een hoop gedonder. Terwijl de receptie wel vraagt, als ze de stad in gaan, neem een broodje voor me mee.*

*"Broodje halen voor de receptie mag wel, maar niet voor mensen tussen de 80 en 90 jaar."*

*Volgens haar doen alle collega's het wel, nemen boodschappen mee uit de stad voor de bewoners. Maar niemand zegt het meer. Ze doen het stiekem.*

*Een ander voorbeeld.*

*Een bewoner moet 's ochtends geholpen worden bij het wassen. Dat wil zeggen als ze eenmaal bij de wastafel is kan ze het zelf. Ondertussen maakt ze gauw haar boterham klaar. Volgens de filosofie mag dit niet. Ze vindt dit onzin: ik sta daar toch maar te wachten, dan kan ik best even andere dingetjes doen.*

*(Interview ex-medewerker verpleegbureau, december 1992)*

Twee uitvoerenden van het verpleegbureau stonden niet achter de werkwijze van Nieuw Doddendaal en hielden vast aan hun eigen zorgopvatting. Van deze twee uitvoerenden werd, na evaluatie tussen het management van het verpleegbureau en Nieuw Doddendaal, het contract voor 1993 niet verlengd.

Naar aanleiding van deze ervaring was door het management van het verpleegbureau en Nieuw Doddendaal overeengekomen dat het verpleegbureau bij het aannemen van personeel voor Nieuw Doddendaal een inschatting maakte of betrokkene paste binnen het wooncentrum. Daarnaast hield de coördinator van het wooncentrum een gesprek met de nieuwe uitvoerende. De coördinator had de mogelijkheid de nieuwe uitvoerenden bij sterke twijfels af te wijzen. Uitzondering werd gemaakt voor situaties waar acuut hulp ingezet moest worden en de dienst niet kon worden ingevuld door een van de huidige uitvoerenden.

### **3.7 Samenvatting**

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de structuur- en procesevaluatie gepresenteerd. De ingezette beleidsmiddelen, die alle als doel hadden de zelfstandigheid van de bewoners te optimaliseren, werden afzonderlijk besproken. Hierbij werd eerst de uitgangspositie geschetst, waarna de resultaten gepresenteerd werden.

Het eerste instrument was het bieden van een op zelfstandigheid gerichte beschermde en aangepaste woning en woonomgeving, waarbij gestreefd zou worden naar een individueel te besteden leef- dienstenbudget. Het wooncentrum, centraal gelegen in het centrum van de stad, kan aan 40 ouderen huisvesting bieden. De ruimtelijke vormgeving van het wooncentrum was niet optimaal afgestemd op het woonzorgconcept. Nieuw Doddendaal had in bepaalde opzichten instituutsachtige trekken. Het appartement vormde een zelfstandige wooneenheid, met als minpunt een te kleine en te beperkte kookvoorziening.

Het wooncentrum was aangepast voor rolstoelgebruikers en was vrij gemakkelijk toegankelijk voor niet-bewoners. Op verzoek van bewoners, deze voelden zich onveilig, werd deze toegankelijkheid enigszins beperkt. De bewoners van Nieuw Doddendaal werd ten aanzien van de was, de warme maaltijd en het schoonmaken van het appartement geen standaard pakket van diensten aangeboden. Men kon zelf kiezen hoe men deze bezigheden invulde, zij het dat Nieuw Doddendaal ten aanzien van de schoonmaak van de appartementen de keuze inperkte door beperkingen aan te brengen in de duur van de schoonmaak en in de tijden waarop schoongemaakt kon worden. Ook wat betreft ontspanning werd in het wooncentrum geen programma aangeboden, hetgeen door de bewoners wel verwacht werd. De bewonersochtenden,



door Nieuw Doddendaal georganiseerd om bewoners mee te laten denken over hun eigen woonomgeving, bleken niet aan te sluiten bij de behoeften van de bewoners. Een individueel leef- en dienstenbudget voor bewoners is tijdens de looptijd van het experiment niet ingezet. Wel werd er een aanzet toegegeven: bewoners die zelf voorzagen in bepaalde huishoudelijke bezigheden, kregen van Nieuw Doddendaal geld gerestitueerd.

Het tweede instrument was het opstellen van een dienstenplan, uitgevoerd door interne en externe dienstverleners aangestuurd door begeleiding en scholing. In het dienstenplan werden de wensen en behoeften van de individuele bewoner geformuleerd. Dit dienstenplan heeft in de looptijd van het experiment geleidelijk aan vorm gekregen, waarbij privacy gevoelige informatie van bewoners niet voor hulpverleners zichtbaar was. Het dienstenplan werd beschouwd als een contract tussen de bewoner en Nieuw Doddendaal. De evaluatie van het dienstenplan verliep niet altijd naar wens. Enerzijds waren bewoners niet kritisch, anderzijds vormde de contactpersoon die de evaluatie verzorgde voor de bewoners geen neutraal persoon.

De uitvoering van het dienstenplan gebeurde door externe dienstverlenende instanties. De eerste twee experimentjaren hebben de gezinszorg en het kruiswerk de huishoudelijke, verzorgende en verplegende diensten in Nieuw Doddendaal geleverd. Verschillende visies op de uitgangspunten van het experiment en centrale begrippen in de dienstverlening als intake en coördinatie van zorg, leverden in de samenwerking tussen de drie instellingen knelpunten op. Het aanbod van diensten sloot naar mening van Nieuw Doddendaal niet aan bij de nauw omschreven vraag van de bewoners. De wijkverpleegkundige bepaalde de omvang en inhoud van de dienstverlening, daardoor kon Nieuw Doddendaal niet de omvang en inhoud van de dienstverlening volledig beheersen, wat wel nodig was gelet op de verantwoordelijkheid van Nieuw Doddendaal voor het eigen budget. Na twee jaar besloot Nieuw Doddendaal de samenwerking met de gezinszorg en de kruisvereniging op te zeggen.

Door de komst van het particulier verpleegbureau werden een aantal knelpunten voor Nieuw Doddendaal opgelost.

De intake en coördinatie van zorg waren taken die hoorden bij de contactpersoon en Nieuw Doddendaal bepaalde daardoor de omvang en inhoud van de dienstverlening. Dat gaf voor het particulier verpleegbureau geen problemen. De samenwerking gaf echter wel een aantal andere problemen. De medewerkers van het bureau werkten alleen voor het wooncentrum en bleven in de tussenuren in Nieuw Doddendaal. Hierdoor dreigde het 'eigen personeel' te worden en kreeg het wooncentrum weer instituutsachtige trekken. Ook bleek dat de werkwijze in het wooncentrum een zelfstandig functioneren vroeg, terwijl de bejaardenhelpenden alleen onder toezicht mochten werken. Overeengekomen werd dat alleen nog maar bejaardenverzorgenden, ziekenverzorgenden en verpleegkundigen in het wooncentrum mochten werken.

Scholing en begeleiding bleek in de praktijk een goed instrument om interne en externe medewerkers zich de uitgangspunten en filosofie van het wooncentrum eigen te laten maken. Bij de externe medewerkers van de gezinszorg en het kruiswerk gaf dit ook niet veel problemen gezien de aard van hun werk bij mensen thuis: zij waren gewend zelfstandig te werken en privacy te respecteren. Bij de medewerkers van het particulier verpleegbureau vroeg dit meer energie. Zij bleken een voornamelijk intramurale achtergrond te hebben met een dienovereenkomstige 'verzorgende' houding. Overeengekomen werd dat nieuwe medewerkers eerst een gesprek kregen met Nieuw Doddendaal, waarbij Nieuw Doddendaal de mogelijkheid had, bij twijfel, de nieuwe medewerker te weigeren.

## 4 Resultaten effectevaluatie

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen de resultaten van de effectevaluatie aan de orde. De effectevaluatie heeft plaatsgevonden op het niveau van de bewoners en op het niveau van het wooncentrum als geheel.

Op het niveau van de bewoners stonden de volgende vragen centraal:

1. zijn de bewoners van Nieuw Doddendaal in staat hun zelfstandigheid te behouden?
2. krijgen bewoners van Nieuw Doddendaal 'zorg op maat' geleverd?

Op het niveau van het wooncentrum als geheel waren het de vragen:

3. treedt er zorgsubstitutie op?
4. treedt er substitutie op in financiële zin?

De eerste twee vragen op het niveau van de bewoners worden op twee manieren beantwoord. Ten eerste worden de resultaten van twee semi-gestructureerde interviewrondes met bewoners weergegeven (paragraaf 4.2). Ten tweede worden de meningen van de ouderen zoals die naar voren kwamen uit de gestructureerde interviews (via vragenlijsten) gepresenteerd (paragraaf 4.3). Het betreft de meningen van bewoners over het wonen en de dienstverlening. In paragraaf 4.4 wordt onderzocht of er sprake is van zorgsubstitutie. Dit gebeurt op grond van veranderingen bij bewoners wat betreft hun hulpbehoefte en hun gezondheid. In paragraaf 4.5 wordt nagegaan of er sprake is van financiële substitutie. In de laatste paragraaf (4.6) wordt een samenvatting gegeven.

### 4.2 Zelfstandig wonen in Nieuw Doddendaal

Voor de beantwoording van de vraag of ouderen in Nieuw Doddendaal in staat waren, binnen een beschermde en aangepaste woning en woonomgeving hun zelfstandigheid te behouden, met andere woorden het leven in eigen hand te houden, was de beleving en ervaring van de bewoners zelf van belang. De bewoners is hun mening gevraagd over de volgende onderwerpen:

- een beschermde en aangepaste woonvorm, waarbij vooral ook gevoelens met betrekking tot veiligheid en onveiligheid zijn nagevraagd,

- de opzet en werkwijze van het wooncentrum,
- optimaliseren van zelfstandigheid en behoud van eigen verantwoordelijkheid,
- respecteren van eigen levensgewoonten,
- keuzemogelijkheden bij en kwaliteit van de dienstverlening
  - \* schoonmaak appartementen,
  - \* verzorging en verpleging,
- passend pakket van diensten.

De resultaten van twee semi-structureerde interviewronden bij de bewoners worden hieronder weergegeven.

#### **4.2.1 Beschermd en aangepaste woonvorm**

Uit de ervaringen van bewoners ongeveer een jaar na de start van het experiment, kwam een bepaald soort tweeslachtigheid naar voren als het ging om de vraag of Nieuw Doddendaal een beschermende woonomgeving is voor bewoners. Aan de ene kant gaven de aanwezigheid en beschikbaarheid van professionele hulpverleners en van een alarmeringssysteem bewoners het gevoel beschermd te kunnen wonen in Nieuw Doddendaal. Aan de andere kant hadden bewoners niet het vertrouwen dat zij in acute situaties van de nodige hulp zouden worden voorzien. Pas als men aan den lijve had ondervonden dat er wel degelijk snelle en efficiënte hulp werd geboden in acute situaties, was dat vertrouwen er wel. Het niet permanent bezet zijn van de receptie was voor veel bewoners de oorzaak van dit gebrek aan vertrouwen. In de tweede interviewronde, anderhalf jaar later, bleek dit gebrek aan vertrouwen nauwelijks nog aanwezig te zijn bij de bewoners. In de tussenliggende periode had Nieuw Doddendaal een bel en een intercom aangelegd zodat bewoners die bij de balie van de receptie kwamen, onmiddellijk de receptiemedewerker konden oproepen. Deze wetenschap en de ervaringen van bewoners dat in acute gevallen daadwerkelijk met een hulp werd ingezet, bleken het vertrouwen en het gevoel van veiligheid bij de bewoners te hebben vergroot.

Het gemis aan vertrouwen speelde niet alleen in voornoemde acute noodsituaties. Bewoners maakten zich in de eerste interviewronde ook zorgen over hoe het met hen in de toekomst zou gaan, als ze hulpbehoevender zouden worden en meer zorg nodig zouden hebben. Ook hier was er geen blindelings vertrouwen, waarbij zowel vooroordelen van buiten (in Nieuw Doddendaal krijg je nauwelijks hulp) als eigen gedachten hierover van invloed waren. Bewoners werden gerustgesteld door wat ze zagen bij andere meer hulpbehoevende bewoners. Ze zagen dat deze bewoners alle hulp kregen die nodig was en dat zij niet uit Nieuw Doddendaal weg moesten. Ook

dit gemis aan vertrouwen bleek in positieve zin veranderd te zijn in de tweede interviewronde. Meer bewoners hadden zelf de ervaring opgedaan of bij andere bewoners gezien dat bij ernstige hulpbehoefvendheid adequaat geholpen werd. De verzorging en verpleging van een hulpbehoevende bewoner met een verpleeghuisindicatie, heeft bij veel bewoners vertrouwen in de toekomst gegeven voor het geval zij zelf hulpbehoevend zouden worden. Voor een klein aantal bewoners echter was het voornoemde voorbeeld juist reden om geen blindelings vertrouwen in de toekomst te hebben. Naar hun mening kreeg deze bewoner onvoldoende hulp en aandacht.

In de eerste interviewronde werden gevoelens van onveiligheid ten opzichte van derden, door veel bewoners direct in verband gebracht met het onbezet zijn van de receptie. Het feit dat iedereen zomaar ongezien het wooncentrum kon binnenlopen, gaf bij bewoners een onbeschermd gevoel. Deze bewoners beriepen zich dan ook op de verantwoordelijkheid die Nieuw Doddendaal daarin had. In de tweede interviewronde bleek dit gevoel van onveiligheid nauwelijks meer bij de bewoners aanwezig te zijn. Nieuw Doddendaal is aan een aantal wensen van bewoners tegemoet gekomen, waarbij het wooncentrum iets van zijn toegankelijkheid voor andere wijkbewoners heeft ingeleverd.

#### **4.2.2 Opzet en werkwijze van het wooncentrum**

Tijdens de eerste interviewronde waren niet alle bewoners van mening dat Nieuw Doddendaal hun een aangepaste woonomgeving bood. De opzet en werkwijze in Nieuw Doddendaal kwam voor de ene bewoner overeen met zijn of haar ideeën en verwachtingen over een aangepaste woonvorm. Voor een andere bewoner werkte dit juist gevoelens van het 'niet op zijn plek zijn' in de hand. Duidelijk was dat bewoners die vonden dat de dienstverlening zo georganiseerd diende te worden als in een traditioneel verzorgingshuis, zich tekort gedaan voelden. Zij verwachtten *verzorgd* te worden en niet alles zelf te moeten doen. Een van de uitgangspunten van Nieuw Doddendaal, namelijk het behoud van eigen verantwoordelijkheid, sloeg bij deze bewoners niet of nauwelijks aan. Op meerdere fronten vonden zij dat er meer verantwoordelijkheid genomen en gedragen moest worden door het wooncentrum. Deze geluiden kwamen onder andere van bewoners die in het oude Doddendaal gewoond hadden.

Andere bewoners daarentegen waardeerden juist de manier van werken in het wooncentrum en de benadering van bewoners als zelfstandige individuen met eigen levensbehoeften en gewoonten. Zij ervoeren Nieuw Doddendaal als hun thuis. Zelf kunnen wassen en koken, professionele zorg op de achtergrond, geen verantwoording hoeven af te leggen, behoud van eigen zelfstandigheid en het leven volgens

eigen normen en waarden, maakten hun beleving juist positief. Het waren met name bewoners die vanuit de thuissituatie naar Nieuw Doddendaal waren gekomen of expliciet voor dit wooncentrum gekozen hadden vanwege de filosofie en nieuwe werkwijze, die vonden dat Nieuw Doddendaal voor hen de juiste plek was.

Het verschil in beleving van ouderen die een traditionele opzet en werkwijze van een verzorgingshuis gewend waren en zij die deze ervaring niet hadden, was tijdens de tweede interviewronde veel kleiner. Nog maar enkele bewoners van het oude Doddendaal vonden de oude opzet beter. De andere bewoners vonden dat zij nu veel zelfstandiger waren en meer privacy hadden in vergelijking met hun ervaringen van vroeger. Uit de gesprekken met bewoners in de tweede interviewronde, kwam naar voren dat nagenoeg alle bewoners de zelfstandigheid en de vrijheid die zij in het wooncentrum hadden, erg waardeerden.

#### **4.2.3 Optimaliseren van zelfstandigheid en behoud van eigen verantwoordelijkheid**

Het lag in de filosofie van Nieuw Doddendaal om bewoners de eigen verantwoordelijkheid te laten behouden. Het bleek in een aantal situaties moeilijk te zijn bewoners hiervan te doordringen en te bewegen zelf dingen ter hand te nemen of problemen uit de weg te ruimen. Dit gold zowel voor mensen die de uitgangspunten van Nieuw Doddendaal lieten meewegen in hun beleving, als voor bewoners die verwachtten dat Nieuw Doddendaal werkte zoals een traditioneel verzorgingshuis. Bewoners legden snel de verantwoordelijkheid neer bij de organisatie van Nieuw Doddendaal. Het meest duidelijk kwam dit naar voren in de behoefte aan aandacht in geval van ziekte. Bewoners vonden dat Nieuw Doddendaal daar meer verantwoordelijkheid in had dan de bewoners zelf. Hoewel in de loop van de tijd bewoners steeds meer aandacht en belangstelling hadden voor elkaar bij ziekte, bleef een aantal bewoners behoefte hebben aan aandacht van de directie van Nieuw Doddendaal, waarbij een bezoekje in geval van ziekte of een bloemetje bij verjaardagen als voorbeelden werden genoemd. Het is mogelijk dat de directe aanwezigheid van de directie in het wooncentrum bij bepaalde bewoners verwachtingen opriep.

Toch leek het erop dat in het derde experimentjaar het optimaliseren van de zelfstandigheid van bewoners, vruchten begon af te werpen. Uit de gesprekken in de tweede interviewronde droegen de meeste bewoners zelf oplossingen aan voor de door hen gesignaleerde knelpunten. Bovendien zochten zij oplossingen die pasten in de lijn van de huidige werkwijze van het wooncentrum en niet meer zoals die in de sfeer van een traditioneel verzorgingshuis vanzelfsprekend waren. Zo nam een aantal

bewoners zelf het koken ter hand in plaats van gebruik te maken van een catering-bedrijf.

Een ander opmerkelijke verandering in de tweede interviewronde was te zien bij bewoners in het omgaan met de behoefte aan meer activiteiten en ontspanningsmogelijkheden. In de eerste interviewronde misten veel bewoners het organiseren of aanbieden van activiteiten door Nieuw Doddendaal. Het hebben en nemen van een eigen verantwoordelijkheid hierin leek voor veel bewoners erg moeilijk te zijn. Het lag niet in de opzet van Nieuw Doddendaal om activiteiten aan bewoners aan te bieden, eventueel wilden zij wel initiatieven van bewoners daartoe ondersteunen. Anderhalf jaar later in de tweede interviewronde, waren er weliswaar niet veel activiteiten op touw gezet die door bewoners zelf waren geïnitieerd, maar bewoners hadden wel een andere houding aangenomen. Bewoners die vonden dat er meer georganiseerd moest worden, legden die verantwoordelijkheid niet meer bij Nieuw Doddendaal, maar bij de coördinator van het naastgelegen activiteitencentrum. Ook keken de bewoners kritischer naar zichzelf, niet iedereen bezocht immers alle activiteiten. Dat activiteiten en mogelijkheden voor ontspanning voor ouderen belangrijk waren, bleek uit het feit dat bewoners steeds vaker deelnamen aan activiteiten die door de coördinator van het activiteitencentrum werden georganiseerd.

Uit de actieve manier waarop bewoners bij knelpunten zelf zochten naar oplossingen, bleek de invloed van de werkwijze van het wooncentrum op het denken en handelen van bewoners.

#### **4.2.4 Respecteren van eigen levensgewoonten**

Uit de eerste interviewronde bleek dat het door alle bewoners alom gewaardeerd werd dat iedereen zijn eigen gang ging. Echter de mogelijkheid om in Nieuw Doddendaal de eigen levenswijze voort te zetten bleek ook nadelige gevolgen te hebben. Alle bewoners hadden de behoefte aan meer contact en aandacht. Er was sprake van een bepaald soort angst om bij elkaar over de vloer te komen, hoewel er toch behoefte was aan wat meer leven, een praatje of gewoon wat aanspraak. Een aantal bewoners gaf zelfs aan vaak eenzaam te zijn.

Waarschijnlijk kon uit het bovenstaande de behoefte worden verklaard aan een algemene ontmoetingsruimte waar men zonder het gevoel te hebben elkaar tot last te zijn, wat aanspraak en gezelligheid kon vinden. Ook uit de gesprekken in de tweede ronde met bewoners anderhalf jaar later, bleek dat bewoners nauwelijks bij elkaar op bezoek gingen, ondanks dat ze daar zo nu en dan toch behoefte aan hadden. Het contact tussen de bewoners onderling speelde zich met name af tijdens het gezamenlijke koffiedrinken.

De wijze waarop de doelstelling van het experiment werd nagestreefd kwam tot uiting in de manier waarop dit gezamenlijke koffiedrinken voor bewoners was opgezet. Deze dagelijks terugkerende activiteit behoorde niet tot het takenpakket van de organisatie Nieuw Doddendaal. Het was aan de bewoners zelf om in deze behoefte te voorzien.

Er was hier sprake van een spanningsveld tussen doel en middel. Datgene dat Nieuw Doddendaal wilde vermijden, op een vast tijdstip voor alle bewoners koffie, werd door enkele bewoners die deze taak hadden opgepakt zelf ingesteld. Het gezamenlijke koffiedrinken was een geïnstitutionaliseerd gebeuren geworden. Dit bood niet alle bewoners de mogelijkheid om deze te bezoeken zoals hij of zij dat zelf graag zou willen. Het tastte een aantal bewoners aan in hun privacy en eigen levensgewoonten. Zij misten dan ook een algemene ontmoetingsruimte voor bewoners van Nieuw Doddendaal, die ze vrijblijvend en zonder verplichtingen konden bezoeken op tijden dat de bewoner dat zelf wenste en nodig achtte.

#### **4.2.5 Dienstverlening: keuzemogelijkheden en kwaliteit**

Bijna alle bewoners waren in het algemeen van mening dat zij in het wooncentrum eigen baas waren en zelf konden bepalen wat te doen en hoe hun dag in te delen. De combinatie van deze vrijheid en zelfstandigheid met professionele hulp op de achtergrond, werd door de bewoners zeer gewaardeerd.

Toch gaven bewoners blijk van kritiek op de kwaliteit en omvang van de geboden diensten. Het aanbod van diensten door Nieuw Doddendaal kwam niet voor alle bewoners overeen met hun behoefte; ook de gewenste vorm ontbrak. De keuzemogelijkheden in de dienstverlening waren beperkt, terwijl het beschikken over keuzemogelijkheden juist een van de kenmerken is van een zelfstandig bestaan.

De ervaringen van bewoners met verschillende vormen van de dienstverlening in het wooncentrum, lieten zien dat het uitgangspunt bij het aanbod van de dienstverlening uit te gaan van de levensbehoeften en wensen van individuele bewoners, niet altijd gerealiseerd kon worden.

##### *Schoonmaak appartement*

De bewoners van Nieuw Doddendaal waren volgens het experimentplan in principe zelf verantwoordelijk voor schoonmaak en onderhoud van het appartement. Alleen als de bewoners dit zelf niet meer konden uitvoeren, werd dit door het schoonmaakbedrijf of door gezinszorg/particulier bureau overgenomen.

Het schoonmaken van de appartementen door een commercieel schoonmaakbedrijf was gedurende drie jaar een voortdurende bron van ergernis voor de bewoners. In de



eerste interviewronde klaagden bewoners zowel over de kwaliteit van de schoonmaak als de, naar hun mening, te krappe tijd die Nieuw Doddendaal voor het schoonmaken van de appartementen met het bedrijf afgesproken had. Standaard stond hier een half uur per appartement voor. De kwaliteit van het schoonmaken is in de loop van de tijd verbeterd. Hierin heeft Nieuw Doddendaal zelf een actieve rol gespeeld. De klachten van bijna de helft van de bewoners over de te krappe tijd bleven echter aanhouden.

Nieuw Doddendaal gaf bewoners de keuze geen gebruik te maken van het schoonmaakbedrijf als hij of zij dit niet wenselijk vond en restitueerde in zo'n geval de bewoner een geldsom. Het bedrag van 12 gulden per week was echter niet zo hoog dat bewoners daarmee in de gelegenheid gesteld werden een goed alternatief te zoeken. Sommige bewoners kregen op lichamelijke en/of sociale gronden een indicatie voor het schoonmaken van het appartement, waardoor de huishoudelijke werkzaamheden door uitvoerende medewerkers van de gezinszorg en later door het particulier bureau werden uitgevoerd. De wens van andere bewoners ook van deze mogelijkheid gebruik te maken kon Nieuw Doddendaal niet honoreren. De bewoners hadden geen reële keuze om de schoonmaakwerkzaamheden te laten uitvoeren door de door hen meest gewenste instelling of hulpverlener.

### *Verzorging en verpleging*

In de eerste interviewronde was het merendeel van de ouderen die gebruik maakten van de diensten van het kruiswerk en de gezinsverzorging tevreden over de hoeveelheid en de kwaliteit van de diensten, die zij ontvingen. Over het tijdstip waarop de wijkverpleging haar diensten leverde waren zij niet tevreden. Het kwam niet altijd overeen met wat de bewoners zelf wensten. Voor sommige bewoners was dit te vroeg in de ochtend of te vroeg in de avond. Bewoners moesten zich echter aan deze tijdstippen aanpassen. Tijdens de tweede interviewronde werd die dienstverlening door het particulier verpleegbureau verzorgd. De klachten werden weliswaar minder naar voren gebracht, toch merkten enkele bewoners op dat de uitvoerenden niet altijd op het afgesproken tijdstip kwamen. Hoewel met de bewoners afspraken zijn gemaakt over een marge van een half uur, en dit ook vermeld staat in het dienstenplan, ervaarden bewoners dit als ongewenst.

De bekendmaking van het stopzetten van de samenwerking met kruiswerk en gezinsverzorging heeft op dat moment voor veel consternatie gezorgd onder de bewoners. De dienstverlening die door het particuliere bureau werd overgenomen, werd door de bewoners op dat moment niet zo goed beoordeeld. Ruim vijf maanden na deze verandering, gaven bewoners aan hier geen nadelige gevolgen van te hebben ondervonden.

Dat Nieuw Doddendaal met de keuze voor een particulier bureau een betere afstemming hoopte te bereiken tussen vraag en aanbod van diensten, bleek bevestigd te worden op grond van de oordelen van bewoners. Tijdens de tweede interviewronde ervaarden zij dat de hulp strikter plaatsvond volgens de afspraken die waren vastgelegd in het dienstenplan en dat de uitvoerenden niet meer deden dan zij noodzakelijk achtten.

#### **4.2.6 Zorg op maat**

De meeste bewoners waren van mening dat zij voldoende hulp kregen en waren daar tevreden over. Veel bewoners gaven daarbij aan dat zij ook zoveel mogelijk zelf wilden blijven doen.

Een aantal bewoners was niet tevreden over de hoeveelheid hulp. Deze ontevredenheid kwam voort uit het feit dat zij enerzijds meer hulp wilden hebben bij huishoudelijke taken en anderzijds graag meer begeleiding wilden hebben wanneer zij naar de huisarts of specialist moesten of als zij naar buiten wilden gaan voor een wandelingetje of een boodschap. Nieuw Doddendaal voorzag zelf niet in deze behoefte van bewoners en was van mening dat dit door vrijwilligers diende te gebeuren.

Bewoners die niet zo tevreden waren over de hoeveelheid diensten, hadden een mening over het begrip 'zorg op maat'. In de meeste gevallen was deze mening kritisch van aard. Ze vonden de 'maat' te klein.

#### **4.3 Analyse op individueel niveau: oordelen over Nieuw Doddendaal**

In paragraaf 4.3 worden de oordelen van de bewoners over Nieuw Doddendaal gepresenteerd zoals die uit de gestructureerde interviews (via schriftelijke vragenlijsten) naar voren kwamen. Om na te gaan welke ontwikkelingen individuele bewoners in de drie jaren van het onderzoek hebben doorgemaakt, werden alleen die 25 respondenten in de analyse betrokken die aan de eerste, tweede en derde meting hadden deelgenomen. In de tekst zijn alleen de tabellen opgenomen met de totalen. Verschuivingen die zich bij individuele bewoners hebben voorgedaan worden in de tekst vermeld. De tabellen waarin de verschuivingen op individueel niveau zichtbaar zijn tussen de eerste en tweede meting (a) en tussen de tweede en derde meting (b) zijn opgenomen in bijlage 4.1.

Tenslotte: bij de analyse op individueel niveau is met behulp van de Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test getoetst of de veranderingen die hebben plaatsgevonden bij de 25 bewoners op toeval berusten of dat er sprake is van een systematisch

effect. Deze test meet de netto verschuivingen die hebben plaatsgevonden bij de respondenten. Daar waar sprake is van een systematisch effect, dat wil zeggen er is sprake van significantie, zal dat expliciet in de tekst vermeld worden.

### 4.3.1 Wonen en dienstverlening in Nieuw Doddendaal

Over het wonen in het algemeen werd bij alle drie meetmomenten door de meeste bewoners positief geoordeeld. Er kwamen enkele kleine verschuivingen voor (tabel 4.1).

Bij de tweede meting veranderden zeven bewoners ten opzichte van de eerste meting hun mening; vier in positieve richting en drie in negatieve richting.

Bij de derde meting bleven 17 bewoners bij hun mening dat het erg prettig wonen is in Nieuw Doddendaal, twee bleven van mening dat het wel gaat. Drie bewoners veranderden hun mening in negatieve zin en eveneens drie in positieve zin.

*Tabel 4.1 - Meningen van bewoners over het wonen in het algemeen op drie meetmomenten, in absolute aantallen*

	t1	t2	t3
- erg prettig	19	18	20
- gaat wel	4	7	3
- niet zo prettig	1	-	2
- erg onprettig	1	-	-
Totaal	25	25	25

#### *Hoeveelheid diensten*

Blijkens tabel 4.2 vonden de meeste bewoners de hoeveelheid diensten die zij ontvingen in het wooncentrum, voldoende. Het aantal bewoners nam echter wel af.

Ten opzichte van de eerste meting bleven 19 ouderen bij de tweede meting bij hun mening dat het aantal diensten in het wooncentrum voldoende was. Vier bewoners vonden het bij de tweede meting niet meer voldoende, één bewoner veranderde zijn mening van niet voldoende in wel voldoende en één bewoner die het bij de eerste meting niet wist, vond het bij de tweede wisselend.

*Tabel 4.2 - Meningen van bewoners over mate van diensten op drie meetmomenten, in absolute aantallen*

Voldoende	t1	t2	t3
- ja	23	20	18
- nee	1	-	2
- wisselend	1	4	4
- weet niet	-	1	1
Totaal	25	25	25

Verschuivingen die zich ten opzichte van de tweede meting bij de derde meting voordeden waren de volgende. Veertien bewoners bleven bij hun mening dat de hoeveelheid diensten in het wooncentrum voldoende was. Vijf bewoners veranderden hun mening in negatieve zin. Vier bewoners waren bij de derde meting positiever dan bij de tweede meting.

Uit tabel 4.3 blijkt dat de meeste bewoners over de kwaliteit van de geboden diensten in het wooncentrum tevreden zijn.

Verschuivingen die hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerste meting bij de tweede meting: van de 21 bewoners die van mening waren dat de kwaliteit goed was bleven 15 bewoners bij die mening, veranderden vier hun mening in negatieve zin. Twee bewoners hadden bij de tweede meting geen mening. Van vier bewoners die bij de eerste meting vonden dat de kwaliteit wel ging, was er één bij de tweede meting dezelfde mening toegedaan en drie vonden die nu goed.

*Tabel 4.3 - Meningen van bewoners over de kwaliteit van de geboden diensten op drie meetmomenten, in absolute aantallen*

	t1	t2	t3
- goed	21	18	18
- gaat wel	4	2	3
- niet zo goed	-	3	1
- weet niet	-	2	3
Totaal	25	25	25

Verschuivingen bij de derde meting ten opzichte van de tweede meting: van de 18 bewoners die de kwaliteit goed vonden, veranderden twee bewoners van mening. Van de drie bewoners die de kwaliteit bij de tweede meting niet zo goed vonden, veranderden bij de derde meting twee hun mening in positieve zin en één bewoner had geen mening. De drie bewoners die bij de derde meting geen mening uitspraken, oordeelden bij de tweede meting respectievelijk goed, gaat wel en niet zo goed.

### 4.3.2 Subjectief welzijn en eenzaamheid

Tenslotte is gekeken naar het subjectief welzijn en de eenzaamheidsgevoelens van de 25 bewoners. De score van de SSWO-schaal loopt van 0 - 20, waarbij 0 staat voor een laag en 20 voor een hoog welbevinden. De totaalscore op de eenzaamheidschaal loopt van 0 - 11. Hoe hoger de score hoe groter de ervaren eenzaamheid. Uit tabel 4.4 blijkt de bewoners op het tweede meetmoment het laagst scoorden op de SSWO-totaalscore.

*Tabel 4.4 - Ouderen naar subjectief welbevinden en eenzaamheid op drie meetmomenten, gemiddelden, in absolute aantallen*

	t1	t2	t3
<i>Subjectief welbevinden</i>			
- gezondheid	14.3	11.0 *	12.0
- zelfwaardering	17.8	18.5	17.9
- weerbaarheid	17.0	16.2	17.9
- optimisme	9.6	9.1	8.8
- contact/sociale integratie	8.2	8.0	8.8
- Totaalscore SSWO	13.3	12.4	13.3
<i>Eenzaamheid</i>			
	4.2	4.1	3.3

\*  $p < .05$

Dat wil zeggen dat het subjectief welbevinden van deze ouderen bij de tweede meting lager was dan bij de beide andere metingen. Dit is met name toe te schrijven aan het significante verschil in score op gezondheid. Lag bij de eerste meting de score

nog op 14.3, bij de tweede meting was deze gedaald naar 11.0. Bij de derde meting was deze weer iets hoger, namelijk 12.0.

De 25 bewoners die aan alle metingen hebben deelgenomen voelden zich bij de tweede meting minder gezond. De overige scores op de subschalen verschilden niet of nauwelijks.

De score op de eenzaamheidschaal was bij de derde meting, ten opzichte van de eerste (4.2) en tweede meting (4.1) gedaald naar 3.3. Dat wil zeggen dat de bewoners zich op het derde meetmoment minder eenzaam voelden in het wooncentrum.

## **4.4 Zorgsubstitutie**

In paragraaf 4.4 is onderzocht of er sprake is van zorgsubstitutie. Door de werkwijze van het wooncentrum en een sterker beroep op wat ouderen zelf konden zouden de ouderen immers naar verwachting minder hulpbehoefstig worden. Dit is gebeurd op basis van de ontwikkeling van de bewoners wat betreft hulpbehoefte, functioneren en welbevinden. De tabellen waarin de verschuivingen bij bewoners zichtbaar zijn, zijn opgenomen in bijlage 4.2.

### **4.4.1 Hulpbehoefte**

De hulpbehoefte is onderzocht door ouderen te vragen in hoeverre zij zelf algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke activiteiten (HDL) konden verrichten.

Uit tabel 4.5 blijkt dat het aantal ouderen dat geen beperkingen kende op het gebied van de huishoudelijke bezigheden bij de derde meting is gedaald ten opzichte van de voorgaande twee metingen. Op het tweede meetmoment hadden in vergelijking met de overige twee metingen de meeste ouderen aangegeven dat zij matige of (zeer) ernstige beperkingen ondervonden bij de huishoudelijk bezigheden.

**Tabel 4.5 - Ouderen naar HDL-beperkingen op drie meetmomenten, in absolute aantallen**

	t1	t2	t3
- geen	6	7	4
- gering	6	1	6
- matig	2	9	7
- (zeer) ernstig	11	8	8
<b>Totaal</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>

Bij in totaal 12 bewoners deden zich tussen de eerste twee metingen geen verschuivingen voor. Zes ouderen hadden bij de tweede meting meer beperkingen dan bij de eerste, zeven ouderen kenden daarentegen minder beperkingen.

Tussen de tweede en derde meting vond eveneens bij 12 bewoners geen verandering plaats op het gebied van HDL-beperkingen. Zeven bewoners kenden sinds de tweede meting meer en zes bewoners minder beperkingen op huishoudelijk gebied.

Uit tabel 4.6 blijkt het aantal ouderen zonder ADL - beperkingen veel groter te zijn dan zonder HDL-beperkingen. Ten opzichte van de eerste meting daalde het aantal ouderen bij de tweede en derde meting met geringe beperkingen. Twee bewoners ondervonden op het tweede meetmoment (zeer) ernstige beperkingen. Op het derde meetmoment ondervonden zij matige beperkingen.

**Tabel 4.6 - Ouderen naar ADL-beperkingen op drie meetmomenten, in absolute aantallen**

	t1	t2	t3
- geen	18	19	18
- gering	6	4	4
- matig	1	-	3
- (zeer) ernstig	-	2	-
<b>Totaal</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>

Bij 17 van de 25 bewoners deden zich tussen de eerste twee metingen geen verschuivingen voor. Zestien van hen hadden geen beperkingen op het gebied van de ADL. Vier bewoners ondervonden ten opzichte van de eerste meting meer beperkingen en eveneens vier ondervonden minder beperkingen. Tussen de tweede en derde meting vond bij het merendeel van de bewoners, namelijk 21, geen verandering plaats. Twee bewoners kenden bij de derde meting meer beperkingen en eveneens twee bewoners minder beperkingen.

#### 4.4.2 Functioneren

Naast de hulpbehoefte is het functioneren van deze 25 bewoners onderzocht; geïnventariseerd is hoeveel klachten zij hadden op somatisch en psychosomatisch gebied en of zij als gevolg van een aandoening, ziekte of handicap bedlegerig waren. Daarnaast is de ouderen gevraagd hoe zij zelf hun gezondheid inschatten.

Uit tabel 4.7 blijkt dat niemand van de 25 bewoners vrij was van somatische klachten.

*Tabel 4.7 - Somatische klachten bij ouderen op drie meetmomenten, in absolute aantallen*

	t1	t2	t3
- 1 - 3 klachten	11	9	12
- 4 - 6 klachten	11	12	8
- 7 - 9 klachten	3	3	5
- 9 of meer	-	1	-
Gemiddeld	3.9	4.3	3.8
Totaal	25	25	25

De tabel laat zien dat de bewoners op het tweede meettijdstip de meeste klachten kenden, 16 bewoners ondervonden 4 of meer klachten op somatisch gebied. Op het derde meettijdstip waren er dat 13, waarvan acht bewoners 4 tot 6 klachten aangaven en vijf bewoners 7 tot 9 klachten.



Ten opzichte van de eerste meting gaven 19 bewoners bij de tweede meting hetzelfde aantal klachten aan. Verschuivingen die bij zes bewoners ten opzichte van de eerste meting plaatsgevonden gaan, op één bewoner na, alle in de richting van meer klachten. Het gemiddeld aantal klachten was bij de eerste meting 3.9 en bij de tweede meting 4.3.

Ten opzichte van de tweede meting vond bij de derde meting bij 18 bewoners geen verandering plaats in het aantal klachten op somatisch gebied. Twee bewoners kenden bij de derde meting meer klachten en vijf bewoners hadden minder klachten op somatisch gebied. Het gemiddeld aantal klachten bij de derde meting is 3.8.

De twee meest genoemde klachten bij alle drie metingen zijn de volgende.

Ten eerste moeite met het gebruik van de voeten, benen of heupen. Over de drie metingen gezien nam het aantal ouderen dat deze klacht noemde wel af: respectievelijk van ruim drie kwart van de bewoners naar 60 procent. Mannen noemden deze klacht vaker dan vrouwen.

Ten tweede moeite met het zien. Hier bleken vrouwen vaker last van te hebben dan mannen.

Uit de totalen van tabel 4.8 blijkt dat er nauwelijks veranderingen optraden in de aantallen bewoners die al dan niet last hebben van psychosomatische klachten. Het gemiddeld aantal klachten voor alle drie metingen was 2.9.

*Tabel 4.8 - Ouderen naar aantal psycho-somatische klachten op drie meetmomenten, in absolute aantallen*

	t1	t2	t3
- zelden/nooit last	1	1	2
- 1 - 4 klachten	19	19	19
- 5 - 8 klachten	5	5	4
Gemiddeld	2.9	2.9	2.9
Totaal	25	25	25

Binnen de categorieën deden zich wel degelijk verschuivingen voor.

Vier bewoners hadden bij de tweede meting minder last van psychosomatische klachten dan bij de eerste meting. Eveneens vier bewoners gaven meer klachten aan bij de tweede meting in vergelijking met de eerste meting.

Bij 17 bewoners deden zich geen veranderingen voor. Bij 19 van de 25 bewoners deed zich bij de derde meting ten opzichte van de tweede meting geen verandering voor. Bij zes bewoners wel: op twee bewoners na, gingen deze allemaal in de richting van minder klachten.

De meest genoemde psychosomatische klachten waar de bewoners vaak of af en toe last van hadden, waren voor alle drie metingen vergeetachtigheid en vermoeidheid. Vrouwen hadden van deze laatste klacht vaker last dan mannen.

Verder is onderzocht of de ouderen zich in het algemeen belemmerd voelden in de dagelijkse bezigheden vanwege een aandoening, ziekte of handicap. Uit tabel 4.9 blijkt dat op het tweede meetmoment meer bewoners, in vergelijking met de eerste en derde meting, zich met tussenpozen of voortdurend belemmerd in hun dagelijkse bezigheden voelden (17 tegen respectievelijk 13 en 14 bewoners).

*Tabel 4.9 - Ouderen naar belemmeringen in de dagelijkse bezigheden op drie meetmomenten, in absolute aantallen*

	t1	t2	t3
- niet of zelden belemmerd	12	8	11
- tussenpozen belemmerd	3	6	5
- voortdurend belemmerd	10	11	9
Totaal	25	25	25

Bij 17 bewoners deden zich tussen de eerste en tweede meting geen veranderingen voor. Zes bewoners voelden zich in vergelijking met de eerste meting meer belemmerd vanwege een aandoening, ziekte of handicap en twee bewoners minder. Een kwart van de 25 bewoners voelde zich dus ten opzichte van de eerste meting meer belemmerd in de dagelijkse bezigheden vanwege lichamelijke ongemakken.

Bij de derde meting deden zich bij 12 bewoners, ten opzichte van de tweede meting, geen veranderingen voor. Vijf bewoners gaven aan dat zij zich meer belemmerd voelden in de dagelijkse bezigheden. Acht bewoners daarentegen voelden zich minder belemmerd, bijna een derde van deze groep bewoners.

Daarnaast is onderzocht of de ouderen bedlegerig zijn als gevolg van een aandoening, ziekte of handicap. Ten tijde van de eerste meting gaven alle 25 ouderen uit het wooncentrum aan dat zij niet of zelden bedlegerig waren. Bij de tweede meting waren dat er iets minder, namelijk 23. Twee ouderen gaven aan dat zij vanwege een aandoening, ziekte of handicap met tussenpozen bedlegerig waren. Bij de derde meting waren deze twee ouderen weer verschoven naar niet of zelden bedlegerig. Twee andere ouderen die tijdens de eerste twee metingen niet of zelden bedlegerig waren, gaven bij de derde meting aan dan zij nu voortdurend en met tussenpozen bedlegerig waren (tabel niet opgenomen in de tekst).

Tenslotte is met betrekking tot het functioneren van de ouderen de subjectieve gezondheidsbeleving van ouderen onderzocht. De ouderen is gevraagd of zij hun gezondheid als 'goed', 'redelijk', 'matig' of 'niet gezond' beoordeelden.

Uit tabel 4.10 blijkt dat op het tweede meetmoment in vergelijking met de overige meetmomenten er meer bewoners in het wooncentrum waren die zich niet gezond voelden.

Tien ouderen voelden zich bij de tweede meting ten opzichte van de eerste meting significant minder gezond ( $p < 0.05$ ). Twee ouderen voelden zich meer gezond. Bij 13 ouderen veranderde tussen de twee metingen niets. Van de 25 bewoners voelde 40 procent zich ten opzichte van de eerste meting minder gezond.

*Tabel 4.10 - Subjectieve gezondheidsbeleving van de ouderen op drie meetmomenten, in absolute aantallen*

	t1	t2	t3
- gezond	7	6	8
- redelijk gezond	9	6	7
- matig gezond	5	4	5
- niet gezond	4	9	5
Totaal	25	25	25

Dit komt overeen met de eerdere bevinding dat binnen de SSWO-schaal de subjectieve gezondheidsbeleving van bewoners op het tweede meetmoment ook afgenomen was ten opzichte van het eerste en derde meetmoment (zie tabel 4.4).

Bij de derde meting deed zich ten opzichte van de tweede meting bij 16 bewoners geen verandering voor. Twee bewoners gaven aan dat zij zich minder gezond voelden. Daarentegen voelden zeven bewoners zich gezonder. Deze verschuiving is significant ( $p < 0.10$ ).

## **4.5 Financiële substitutie**

Voorafgaand aan de uitvoering van het experiment Nieuw Doddendaal werd de verwachting uitgesproken dat de gekozen doelen en de werkwijze er toe zouden leiden dat bewoners het leven meer in eigen hand zouden houden. Door sterker een beroep te doen op wat de ouderen zelf kunnen zouden zij minder een beroep doen op hulpverlening en daardoor op langere termijn minder hulpbehoevend worden. Met andere woorden er zou zorgsubstitutie plaatsvinden. Er werd ook een financieel 'substitutie-effect' verwacht: verwacht werd dat Nieuw Doddendaal met minder middelen rond zou kunnen komen dan waar het reguliere budget in voorzag. Om te kunnen aantonen of er inderdaad sprake was van een financieel substitutie-effect werden twee vergelijkingen uitgevoerd. De kosten van Nieuw Doddendaal zijn ten eerste vergeleken met de gemiddelde kosten van andere verzorgingshuizen in Nijmegen en ten tweede met de gemiddelde kosten van een groot aantal verzorgingshuizen in Gelderland en in Nederland. Tenslotte is de ontwikkeling van kosten van Nieuw Doddendaal gedurende de looptijd van het experiment bekeken.

De gegevens in de overzichten in deze paragraaf zijn afkomstig van de administratie van de Stichting Verzorgingshuizen Nijmegen. De cijfers zijn verzameld middels het EBIS-systeem. De peildatum is 30-9-1992.

### **4.5.1 Kosten Nieuw Doddendaal in vergelijking met enkele andere verzorgingshuizen in Nijmegen**

Uit overzicht 4.1 blijkt dat de totale kosten per verzorgingsdag in Nieuw Doddendaal f 14,- hoger lagen dan de gemiddelde kosten in de andere Nijmeegse verzorgingshuizen. Dit verschil werd vooral veroorzaakt door de hogere kosten verbonden aan het gerenoveerde gebouw. De vaste kosten voor de infrastructuur lagen in Nieuw Doddendaal bijna f 18,- hoger dan het gemiddelde in Nijmegen.

De kosten voor die posten waar de bewoners konden kiezen: de maaltijden, de schoonmaak en de was, lagen lager, in totaal circa f 6,50 per dag. Ook de kosten van verzorging waren lager: f 2,80 per dag. Tegenover deze lagere kosten stond echter

ook een post die beduidend hoger was, namelijk de infrastructurele variabele kosten. Dit waren voor een groot deel de personele lasten van de personen die in vaste dienst van Nieuw Doddendaal waren: de coördinator, contactpersoon en receptiemedewerkers. Deze hoge personele kosten hingen vermoedelijk samen zowel met de geringe omvang als met de kosten verbonden aan de werkwijze van Nieuw Doddendaal.

*Overzicht 4.1 - Kosten Nieuw Doddendaal vergeleken met Nijmeegse verzorgingshuizen (1992)*

	Nieuw Doddendaal			Nijmeegse tehuizen		
	Totale kosten	Vaste kosten	Varabele kosten	Totale kosten	Vaste kosten	Variabele kosten
Infrastructuur	42,01	19,05	22,96	25,16	8,19	16,97
Interne woonfuncties	19,81	12,82	6,99	15,28	5,87	9,41
Groepsverzorging				0,25	0,17	0,08
Verzorging	23,90		23,90	26,73		26,73
Paramedische zorg				0,15	0,08	0,07
Was/innen	1,99	0,60	1,39	2,36	0,29	2,07
Maaltijd	10,84	2,21	8,63	13,49	1,51	11,98
Winkel	0,41	0,33	0,08	0,31	0,05	0,26
Begeleiding	0,66		0,66	2,07		2,07
Vervoer				0,24	0,24	
Totaal	99,62	35,01	64,61	85,61	16,09	69,52

In bovenstaande gegevens was geen rekening gehouden met verschillen die samenhangen met de grootte van de voorziening en evenmin met zorgzwaarte. Overzicht 4.2 geeft een beter inzicht in de spreiding van kosten dan 4.1 waarin Nieuw Doddendaal met het gemiddelde van Nijmeegse verzorgingshuizen vergeleken werd. In onderstaand overzicht staat de capaciteit in verzorgingsdagen en een aanwijzing voor de zorgzwaarte vermeld. Hiervoor is het percentage bewoners gekozen dat in zorgzwaartegroepen 4 en 5 valt van het EBIS-systeem.

De gegevens zijn gegroepeerd naar grootte van het huis. De verschillen in zorgzwaarte varieerden van 13 tot 25 procent in zorgzwaarte 4 en 5, met één uitschieter van 60 procent. De gemiddelde totale kosten per dag varieerden van f 80,- tot f 117,-. De centra met de hoogste kosten per dag hadden tevens de hoogste vaste kosten. Bij de variabele kosten was sprake van een zeker schaalvoordeel: de grotere

centra hadden over het algemeen lagere totale variabele kosten dan kleinere centra. De uitzondering was Nieuw Doddendaal dat de laagste variabele kosten had.

#### *Overzicht 4.2 - Kosten Nieuw Doddendaal vergeleken met zeven Nijmeegse verzorgingshuizen (1992)*

	ND	A	B	C	D	E	F	G
dagen	14.197	18.410	44.353	45.667	46.883	56.609	61.424	74.383
zorgzwaartegroep								
% 4 + 5	13	60	23	25	?	14	24	18
Totaal	99.62	117.05	82.43	79.80	86.38	89.80	86.89	83.35
T* vaste kosten	35.01	39.71	12.20	12.24	19.00	21.26	16.57	15.32
T variabele kosten	64.61	77.34	70.23	67.56	67.38	68.53	70.32	68.03
V** infrastructuur	22.96	18.64	18.90	14.30	18.41	14.74	17.07	14.86
V woonfunctie	6.99	12.93	8.06	12.76	5.94	14.61	11.90	6.19
V verzorging	23.90	29.61	27.44	26.78	25.87	21.73	22.15	30.38
V maaltijden	8.63	12.30	12.93	9.75	9.56	13.03	14.53	11.38

\* Totale

\*\* Variabele

Binnen de belangrijkste variabele kosten bleek er niet zo'n duidelijke relatie tussen de grootte van het huis en de hoogte van de betreffende kostensoort te zijn. Nieuw Doddendaal scoorde, vergeleken met gemiddelden van zeven Nijmeegse verzorgingshuizen, hoog op de variabele infrastructurele kosten en relatief laag op variabele woonkosten (onder andere kosten schoonmaak), de kosten van verzorging en de variabele kosten van de maaltijden. Zowel op de post variabele woonkosten als op de post kosten van verzorging waren er overigens enkele huizen met lagere kosten.

#### **4.5.2 Vergelijking Nieuw Doddendaal met verzorgingshuizen in Gelderland en Nederland**

Bij de vergelijking met de kosten van verzorgingshuizen in de provincie Gelderland en met Nederland is op grond van gegevens over zorgzwaarte volgens het EBIS, een berekening van de dagkosten per zorgzwaarte gemaakt. De vergelijking is beperkt tot de gegevens van zorgpakket 1 en 2, omdat 80 procent van de bewoners van Nieuw Doddendaal in deze zorgzwaartegroepen is ingedeeld. Dit leidde tot overzicht 4.3.

**Overzicht 4.3 - Kosten Nieuw Doddendaal vergeleken met Gelderse en Nederlandse verzorgingshuizen (1992)**

	Variabele kosten infra- structuur	Variabele kosten overige functies	Totale vaste kosten	TOTAAL
<b>NIEUW DODDENDAAL</b>				
Zorgpakket 1	22 03	31 27	36 80	90 10
Zorgpakket 2	22 03	48 61	36 80	107 44
<b>Gelderland 115 tehuizen</b>				
Zorgpakket 1	14 56	36 88	23 56	75 00
Zorgpakket 2	14 56	52 32	23 68	90 56
<b>Nederland 374 tehuizen</b>				
Zorgpakket 1	15 73	38 66	24 00	78 39
Zorgpakket 2	15 73	55 24	24 15	95 13

De gegevens bevestigden het beeld dat op grond van de vergelijking met Nijmeegse verzorgingshuizen naar voren kwam:

- de variabele infrastructurele kosten lagen in Nieuw Doddendaal op een relatief hoog niveau,
- de variabele kosten van de overige functies waren relatief laag.

#### **4.5.3 De ontwikkeling van de kosten van externe dienstverlening van Nieuw Doddendaal**

Interessant is te zien hoe de kosten verbonden aan de externe dienstverlening van Nieuw Doddendaal zich hebben ontwikkeld sinds de start van het experiment. Tabel 4.11 geeft hiervan een beeld

**Tabel 4.11 - Ontwikkeling van de kosten (gld) van verzorging van Nieuw Dodden-  
daal**

	1990	1991	1992
- gezinsverzorging	70.485	111.668	-
- kruiswerk	70.000	47.237	-
- verpleegbureau	49.660	103.328	276.923
<b>Totaal</b>	<b>190.865</b>	<b>262.275</b>	<b>276.923</b>

De kosten stegen tussen 1990 en 1991 sterk omdat het contract dat Nieuw Dodden-  
daal voor 1990 had afgesloten, voorzag in een vaste, gelijke vergoeding voor gezins-  
zorg en kruiswerk, ongeacht het aantal uren dat feitelijk aan zorg werd besteed.

In 1991 is afgerekend op basis van het aantal uren dat volgens deze instellingen fei-  
telijk geleverd is. De kosten van het verpleegbureau stegen in 1991 sterk omdat het  
particulier verpleegbureau de middag-, avond- en de weekeinddiensten van gezins-  
verzorging overnam.

De stijging tussen 1991 en 1992 is grotendeels gebaseerd op de stijging van lonen.  
Voor 1993 viel een extra stijging van kosten te verwachten op grond van de afspraak  
dat het laagste deskundigheidsniveau niet meer door het verpleegbureau ingezet zou  
worden.

## **4.6 Samenvatting**

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de effectevaluatie gepresenteerd. Het betrof  
resultaten zowel op het niveau van de bewoners, als op het niveau van het wooncen-  
trum als geheel.

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews is beschreven of bewoners in  
Nieuw Doddendaal, een beschermde en aangepaste woonvorm, in staat zijn hun zelf-  
standigheid te behouden. Het bleek dat tijdens de tweede gespreksronde de meeste  
bewoners tevreden waren over hun zelfstandigheid, meestal vertaald in 'eigen baas'  
zijn, over hun vrijheid en over de professionele hulp op de achtergrond in het woon-  
centrum. In de eerste gespreksronde bleken bewoners minder vertrouwen te hebben  
in de professionele hulp. Enerzijds had men er geen vertrouwen in dat in acute situa-  
ties daadwerkelijk hulp ingezet zou worden, anderzijds was er geen blind vertrouwen



bij toekomstige hulpbehoevendheid. Het daadwerkelijk zelf ervaren of het meemaken zien bij anderen dat snelle hulp geleverd werd bij acute nood, had tot gevolg dat in de tweede gespreksronde de meeste bewoners dit vertrouwen wel hadden. In de eerste gespreksronde bleek ook dat de zelfstandigheid en vrijheid in het wooncentrum niet aansloegen bij een aantal bewoners: deze bewoners (meestal afkomstig uit een traditioneel verzorgingshuis) verwachtten verzorgd te worden. Bewoners afkomstig uit de thuissituatie vonden juist dat vanwege deze zelfstandigheid en vrijheid Nieuw Doddendaal voor hen de juiste plek was. Tijdens de tweede gespreksronde was dit verschil veel kleiner. Het 'eigen baas zijn' en 'je eigen gang' kunnen gaan, bleken, zowel bij de eerste als bij de tweede gespreksronde, in de praktijk ook een schaduwzijde te hebben: bewoners kwamen nauwelijks bij elkaar over de vloer terwijl er behoefte was aan wat meer leven, een praatje of gewoon wat aanspraak. Wat betreft de keuzemogelijkheden bij de geboden diensten hadden de meeste bewoners kritiek op de schoonmaak van de appartementen. Dit is tijdens de looptijd van het experiment niet veranderd.

Uit de resultaten van de gestructureerde vragenlijsten bleek dat het wonen op alle drie meetmomenten door de meeste bewoners positief beoordeeld werd. De hoeveelheid diensten die zij ontvingen vonden zij voldoende en over de kwaliteit waren zij tevreden.

De bewoners waren wat betreft hulpbehoefte en gezondheid tijdens de eerste en derde meting constant gebleven. Opvallend was de achteruitgang wat betreft gezondheid bij een deel van de bewoners op het tweede meetmoment (december 1991). Voor dit verschil zijn twee interpretaties mogelijk. Een eerste verklaring voor deze terugval zou een griep epidemie kunnen zijn. Volgens de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland werd er medio december 1991 voor het eerst influenza-activiteit waargenomen. De griep begon dit seizoen (1991/1992) in de grote steden in het westen. Op het platteland in de noordelijke provincies ligt de top in het midden van januari 1992. De top werd in week 52 bereikt. De leeftijdsverdeling liet zien dat voor de leeftijdsgroep onder de vijf jaar de huisarts het meest frequent voor influenza-achtige aandoeningen geraadpleegd is. In de andere groepen zijn de aantallen nagenoeg gelijk, zij het dat ouderen boven de 75 jaar iets minder de huisarts raadpleegden (NIVEL, 1991). Uit informatie van de contactpersoon van het wooncentrum bleek dat tijdens dergelijke epidemieën gemiddeld niet meer dan 2 à 3 bewoners ziek werden. Verder hadden de interviewers de mogelijkheid op het eind van de vragenlijst opmerkingen te maken over het interview. Opmerkingen over zieke bewoners kwamen niet voor. Het lijkt dan ook onwaarschijnlijk dat de achteruitgang op het tweede meetmoment aan griep kan worden toegeschreven. De tweede verklaring is dat bewoners overstuur waren vanwege het vertrek van de gezinsverzorging en het kruiswerk. Hierover zijn in de interviews wel opmerkingen te vinden. Op het tweede

meetmoment was net onder de bewoners bekend dat de gezinszorg en het kruiswerk weg zouden gaan en het particulier verpleegbureau de dienstverlening over zou nemen. Dit heeft onder de bewoners voor flinke beroering en onrust gezorgd.

De kosten per dag in Nieuw Doddendaal lagen op een relatief hoog niveau. Dit had te maken met het feit dat de kosten met betrekking tot het gerenoveerde gebouw hoog waren. De variabele kosten leenden zich naar hun aard het meest voor beleidsmatige beïnvloeding. De totale variabele kosten van Nieuw Doddendaal waren de laagste in vergelijking met zeven andere huizen. De kosten verbonden aan de persoonlijke infrastructuur waren relatief hoog, de variabele kosten met betrekking tot de schoonmaak, de maaltijden en de verzorging waren in verhouding met andere verzorgingshuizen relatief laag.

## 5 Conclusies

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek naar het wooncentrum Nieuw Doddendaal gepresenteerd. In de eerste paragraaf worden de resultaten en conclusies van de structuur- en procesevaluatie gepresenteerd, in de tweede paragraaf de resultaten van de effectevaluatie. De laatste paragraaf bevat een reflectie op de wijze waarop de begrippen autonomie en zelfstandigheid zijn geconcretiseerd.

### 5.2 Structuur en proces

Doelstelling van het wooncentrum Nieuw Doddendaal was het stimuleren van de zelfstandigheid van de bewoners via de hiernavolgende instrumenten.

1. Het bieden van een, op zelfstandigheid gerichte, beschermde en aangepaste woning en woonomgeving, waarbij gestreefd zou worden naar een individueel te besteden leef- en dienstenbudget van bewoners,
2. Het opstellen van een dienstenplan, uitgevoerd door interne en externe dienstverleners, aangestuurd door begeleiding en scholing.

De instrumenten zijn in het onderzoek geëvalueerd. De conclusies van de evaluatie worden hier weergegeven.

*Het bieden van een, op zelfstandigheid gerichte, beschermde en aangepaste woning en woonomgeving*

- het wooncentrum

Bij bepaalde aspecten van de ruimtelijke vormgeving van Nieuw Doddendaal waren kritische kanttekeningen te plaatsen. Nieuw Doddendaal bleek instituutsachtige kenmerken te hebben: de lange gangen met aan weerszijden inpandige appartementen, de centrale ligging van de receptie en de twee 'zustersposten'. Ook andere voorzieningen pasten meer bij een traditioneel verzorgingshuis dan bij Nieuw Doddendaal. Dit gold voor de vijf gemeenschappelijke huiskamers, de gemeenschappelijke keukens, de grote badkamers en de hobbyruimte. Het gebruik maken van deze ruimten

bleek in feite zo beperkt te zijn dat overwogen zou kunnen worden een aantal van deze ruimten aan de woonfunctie toe te voegen.

Bij het ontwerp van Nieuw Doddendaal heeft een aantal beperkingen een rol gespeeld waardoor de ruimtelijke vormgeving niet optimaal is afgestemd op het woonzorgconcept. Ten eerste is Nieuw Doddendaal gerealiseerd door renovatie van het oude verzorgingshuis. Dit leidde in ruimtelijk opzicht tot een aantal beperkingen.

Ten tweede is het renovatieplan in een eerdere fase gerealiseerd dan het woonzorgconcept. Niettemin bleek het toch nog mogelijk tijdens de renovatie enkele aanpassingen uit te voeren om de ruimtelijke vormgeving beter aan te laten sluiten bij het woonzorgconcept, maar het is geen ideale situatie.

Op de derde plaats werd Nieuw Doddendaal volgens de Wet op de Bejaardenoorden gefinancierd en diende de architect zich te houden aan de bouwvoorschriften die voor verzorgingshuizen golden.

De provincie had Nieuw Doddendaal weliswaar toestemming gegeven het oude zorgconcept voor een verzorgingshuis ingrijpend te veranderen, maar dit gaf geen ruimte voor afwijkingen van de bouwvoorschriften.

#### - het appartement

De appartementen waren ruim opgezet en zo ingedeeld dat de levensfuncties wonen en slapen min of meer gescheiden konden worden verricht. De slaapkamer stond weliswaar in open verbinding met de woonruimte maar was min of meer aan het oog onttrokken. Ook de eigen sanitaire voorziening was een belangrijke conditie voor zelfstandigheid. Een belangrijk minpunt werd gevormd door de kookvoorziening. De kitchenette was te klein en had te weinig faciliteiten om gemakkelijk zelf te kunnen koken. Bovendien was de luchtafzuiging gebrekkig.

#### - beschermd en aangepast

De bescherming van bewoners was zo goed mogelijk verzekerd, zowel door technische voorzieningen als door de interne dienstverlening. De technische voorzieningen bestonden uit het alarmeringssysteem waarop ieder appartement was aangesloten en extra faciliteiten als een draagbaar alarm. De vaste medewerkers van de receptie verleenden in geval van nood diensten aan bewoners. Verder gingen zij, op verzoek van bewoners, regelmatig na in hoeverre met betreffende bewoners alles nog goed verliep.

Uit de praktijk van het experiment bleek dat er een spanning bestond tussen het bieden van bescherming en de wens om optimale condities voor zelfstandigheid te bieden. Aanvankelijk was Nieuw Doddendaal voor niet-bewoners gemakkelijk toegankelijk. Hierdoor werd het aspect van het zelfstandig wonen benadrukt. Op uit-

drukkelijk verzoek van de bewoners is ertoe overgegaan de toegankelijkheid enigszins te beperken om zo de gevoelens van onveiligheid bij bewoners weg te nemen.

Bij de renovatie werden het gebouw en de appartementen aangepast voor rolstoelgebruikers. Gedurende de looptijd van het experiment hebben nog enkele veranderingen in de appartementen plaatsgevonden, waardoor zij beter aangepast zijn. Er werd gelet op aanpassingen die op grond van beperkingen van individuele bewoners gewenst waren.

#### - keuze van faciliteiten

Het beschikken over keuzemogelijkheden is een van de kenmerken van een zelfstandig bestaan. Het is Nieuw Doddendaal gelukt bewoners voor bepaalde faciliteiten keuzemogelijkheden te geven. Dit betrof de was, de warme maaltijd en het schoonmaken van de appartementen. Ook in de feitelijke vormgeving van de keuzemogelijkheden voor bewoners, streefde Nieuw Doddendaal ernaar de zelfstandigheid van bewoners zoveel mogelijk tot zijn recht te laten komen.

Zo konden bewoners binnen bepaalde marges kiezen op welke dag en op welk tijdstip het appartement werd schoongemaakt. Als een bewoner niet tevreden was over de zelf gekozen maaltijdvoorziening dan werd in overleg met de leverancier naar mogelijkheden gezocht om tot verbetering te komen. Daarnaast werden bewoners op alternatieven gewezen.

De keuzemogelijkheden van bewoners waren niet onbegrensd. Zo waren de tijdstippen waarop appartementen schoongemaakt konden worden in de loop van het experiment beperkt van 08.00 tot 10.00 uur. Verder werd voor de schoonmaak door het management van Nieuw Doddendaal een half uur en niet meer per appartement beschikbaar gesteld, ondanks aanhoudende verzoeken van bewoners.

#### *Individueel te besteden leef- en dienstenbudget van bewoners.*

Gedurende de looptijd van het experiment bleek dat het niet lukte het individueel leef- en dienstenbudget verder vorm te geven. Er werd wel een aanzet toe gegeven door bewoners, als zij zelf voorzagen in de was, de maaltijdvoorziening of de schoonmaak, hiervoor geld van Nieuw Doddendaal te restitueren. Dit kon in totaal oplopen tot circa f 315,- per maand. Niettemin bleef een belangrijk verschil dat Nieuw Doddendaal op grond van de WBO als instelling een budget ontving en ervoor verantwoordelijk was dat voor iedere bewoner bepaalde diensten beschikbaar waren. Op grond daarvan bepaalde Nieuw Doddendaal met welke instelling contracten voor de levering van een bepaald type diensten werden gesloten en wat de grenzen van de hulp waren. De bewoner kon geen aanspraak op een budget maken om op de door hem of haar gewenste wijze in behoefte aan hulp te voorzien.

### *Het opstellen van een dienstenplan.*

De contactpersoon ging op basis van de uitgangspunten van het experiment met de bewoner na, op welke wijze de bewoner met actuele behoeften en wensen om wilde gaan. De eigen aanpak van de bewoner in een normale thuissituatie vormde daarbij het referentiepunt. De gemaakte afspraken werden vastgelegd in een dienstenplan.

Het dienstenplan bleek een goed hulpmiddel te zijn om de bewoner zijn zelfstandigheid zoveel mogelijk te laten behouden. Dit werd veroorzaakt doordat bij het dienstenplan steeds de leefwijze van de bewoner als uitgangspunt werd genomen. De bewoner kon daardoor - binnen de grenzen die Nieuw Doddendaal stelde - tot eigen keuzen komen. De verschillen tussen bewoners in hoe zij deze huishoudelijke bezigheden invulden, lieten zien dat er ruimte was voor keuzemogelijkheden. Ook al kon de bewoner een aantal dingen niet meer zelf, hij kon hierdoor wel zijn leven in eigen hand blijven houden. Een tweede belangrijk punt was dat de bewoner ook zelf steeds geconfronteerd werd met de vraag 'wat kan ik zelf doen?'. Ook dat droeg er aan bij dat bewoners nog een aantal dingen zelf bleven verzorgen.

In de looptijd van het experiment heeft het dienstenplan geleidelijk aan vorm gekregen. Het dienstenplan werd beschouwd als het contract tussen Nieuw Doddendaal en de bewoner. Een van de lastige aspecten was hoe het plan zo vorm gegeven kon worden dat enerzijds de afspraken tussen de bewoner en Nieuw Doddendaal duidelijk vermeld konden worden, een aantal noodzakelijke privégegevens genoemd kon worden en anderzijds dienstverleners geïnformeerd konden worden over het werk dat van hen verwacht werd, zonder dat onnodig privégegevens prijsgegeven werden. Er werd een goede vorm gevonden door in het dienstenplan voor de betreffende externe hulpverlener, de precieze aard van de gevraagde dienstverlening in een afzonderlijke werkinstructie op te nemen.

### *Het verlenen van diensten aan ouderen door externe organisaties*

Het is Nieuw Doddendaal gelukt huishoudelijke, verzorgende en verplegende diensten door externe organisaties te laten leveren.

Bij de start was in een samenwerkingsovereenkomst tussen Nieuw Doddendaal, de gezinszorg en de kruisvereniging voorzien dat de laatstgenoemde twee organisaties de externe dienstverlening zouden verzorgen. De samenwerkingsovereenkomst had een looptijd van drie jaar, maar is per januari 1992 beëindigd. Daarna werd een contract met een particulier bureau gesloten.

Ten aanzien van de samenwerkingsovereenkomst die met kruiswerk en gezinszorg is gesloten kan de volgende opmerking gemaakt worden. Het experiment bleek op heel verschillende wijze opgevat te zijn door de drie participanten. Terwijl gezinszorg en

kruiswerk benadrukten dat het om een experiment ging dat in gezamenlijk overleg uitgevoerd zou worden, meende Nieuw Doddendaal dat de samenwerking het karakter had van een overeenkomst waarbij gezinszorg en kruiswerk diensten aan bewoners van Nieuw Doddendaal zouden leveren, overeenkomstig de specificaties die Nieuw Doddendaal gaf. Het was opmerkelijk dat dit verschil in positie voorafgaand aan het experiment niet duidelijk werd. Dit wees er op dat voorafgaand aan het experiment de wijze waarop precies uitvoering aan de samenwerking zou worden gegeven, onvoldoende is doordacht.

Het ontbrak aan een gemeenschappelijke visie op de dienstverlening. Dat bleek uit onduidelijke afspraken en procedures over coördinatie en uitvoering van de dienstverlening. Op essentiële punten bleek tussen Nieuw Doddendaal, gezinszorg en kruiswerk geen consensus te bestaan. Volgens Nieuw Doddendaal behoorde de coördinatie van de dienstverlening tot de taken van de contactpersoon, volgens het kruiswerk behoorde de coördinatie tot zijn competentie. De gezinszorg ondersteunde de visie van het kruiswerk, maar daar lag dit punt minder gevoelig. Uitvoerenden van de gezinszorg zijn niet opgeleid voor coördinatataken. De bevoegdheid ten aanzien van het bepalen van vorm en inhoud van dienstverlening verschilde tevens in de optiek van de drie partijen. In de visie van Nieuw Doddendaal berustte deze volledig bij de contactpersoon. Gezinszorg en kruiswerk achtten zichzelf verantwoordelijk voor indicatie en uitvoering van diensten. Deze verschillende visies hadden consequenties voor opvattingen over de financiële afwikkeling van dienstverlening. In het kader van de WBO was Nieuw Doddendaal financieel eindverantwoordelijk. Dit was onverenigbaar met het afstaan van bevoegdheden om vorm en inhoud van diensten te bepalen.

De conclusie is dat elke instelling met eigen ideeën het experiment was ingestapt in de veronderstelling dat deze ideeën redelijk overeenkwamen met die van hun partners.

Als gevolg van het gebrek aan overeenstemming over de dienstverlening door gezinszorg en kruiswerk, ontstond er naar de mening van Nieuw Doddendaal een situatie waarbij het aanbod van diensten niet was afgestemd op de nauw omschreven vraag.

In het derde experimentjaar ging Nieuw Doddendaal geen samenwerking meer aan met gezinszorg en kruiswerk.

De keuze voor een particulier bureau betekende echter dat aan een ander uitgangspunt, namelijk het behoud van bestaande externe kaders van externe dienstverlening, niet meer vastgehouden kon worden. Ouderen die in de thuissituatie al hulp ontvingen van gezinsverzorging en kruiswerk, konden in de Nijmeegse situatie de diensten van deze instellingen niet behouden bij verhuizing naar het wooncentrum.

Een ander aspect dat te leren viel uit de ervaringen van Nieuw Doddendaal met het particuliere bureau, was de spanning die er bleek te bestaan tussen het uitgangspunt van Nieuw Doddendaal om condities voor zelfstandigheid van ouderen te optimaliseren enerzijds en kenmerken van medewerkers van het particuliere bureau anderzijds. Ten eerste hadden deze medewerkers voornamelijk ervaring opgedaan in intramurale instellingen. Ten tweede bleken de medewerkers uitsluitend voor het wooncentrum te werken waardoor zij sterk op Nieuw Doddendaal gericht waren en geneigd waren het als hun huis beschouwen. Waar Nieuw Doddendaal bang voor was bij het detacheringsvoorstel van de gezinszorg, dreigde met de samenwerking met het verpleegbureau: het wooncentrum dreigde af te glijden in de richting van een institutionele instelling.

Tenslotte bleek dat de specifieke werkwijze van Nieuw Doddendaal een zelfstandig functioneren van de uitvoerenden vroeg. De praktijk maakte duidelijk dat het 'laagste' deskundigheidsniveau van bejaardenhelpende niet genoeg toegerust was om aan het gevraagde zelfstandig functioneren te voldoen. Dat dit probleem niet speelde bij de gezinszorg lag in de aard van de werkwijze van de gezinszorg; zij zijn gewend zelfstandig in de wijk te werken.

Resumerend kan gezegd worden dat er een accentverschuiving in de loop van het experiment heeft plaatsgevonden. Aanvankelijk werd sterk benadrukt dat inzet van het middel 'externe dienstverlening' zou voorkomen dat ouderen hun zelfstandigheid en zeggenschap over hun eigen leefsituatie zouden verliezen. Tijdens het experiment bleek de inzet van externe dienstverleners nog geenszins een garantie te vormen voor het zoveel mogelijk behouden van zelfstandigheid.

Het bleek veel inspanning en aandacht te vragen medewerkers te leren hoe zij de ogenschijnlijk zo vanzelfsprekende uitgangspunten in praktijk konden brengen.

De conclusie naar aanleiding van de ervaringen van Nieuw Doddendaal is dat het werken met externe dienstverleners op zich geen voldoende voorwaarde is ouderen hun leven zo zelfstandig mogelijk te laten leiden.

#### *Begeleiding en scholing van interne en externe dienstverleners.*

Dit middel werd ingezet om de medewerkers van Nieuw Doddendaal vertrouwd te laten worden met de uitgangspunten van het experiment. In de loop van het experiment werd hier veel aandacht aan besteed. Duidelijk is geworden dat het team erin slaagde om de uitgangspunten stevig te verankeren in de eigen werkhouding. De medewerkers zijn er aan gewend geraakt om iedere bewoner de eigen verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid te laten behouden, consequent aandacht te besteden aan de individuele situatie van de bewoner, diens eigen leefgewoonten te res-



pecteren en de dienstverlening zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen van individuele bewoners.

Het experiment heeft duidelijk gemaakt dat het veel tijd en energie kost om mensen die binnen de traditionele scholing en de daarmee gepaard gaande professionele socialisatie opgeleid zijn en werkervaring hebben op het gebied van verzorging en verpleging vanuit deze uitgangspunten te laten werken. In de gebruikelijke werkhouding ligt het initiatief bij de daarvoor opgeleide medewerker en is de hulpvrager vanaf het eerste contact de afhankelijke partij. Die gebruikelijke werkhouding is veelal zo geïnternaliseerd dat het moeite kostte om vanuit de uitgangspunten te werken die in het experimentplan geformuleerd waren. Dit gold zowel de ervaring met medewerkers van de eigen organisatie, medewerkers van kruiswerk en gezinszorg als met medewerkers van het particuliere bureau, zij het dat dit punt bij medewerkers van het particulier verpleegbureau meer aandacht heeft gevraagd door hun intramurale achtergrond.

### 5.3 Uitkomst

Van de ingezette instrumenten werd een viertal effecten verwacht. Het ging om twee effecten op het niveau van de bewoners en twee op het niveau van het wooncentrum als geheel.

Effecten op het niveau van bewoners.

1. De bewoners zouden in staat zijn hun zelfstandigheid te behouden.
2. De bewoners zouden zorg op maat geleverd krijgen

Effecten ten aanzien van het wooncentrum.

3. Er zou zorgsubstitutie optreden.
4. Er zou substitutie in financiële zin optreden.

De conclusies worden hier achtereenvolgens gepresenteerd.

#### *Effecten ten aanzien van zelfstandig leven*

Uit de resultaten bleek dat bewoners in het wooncentrum daadwerkelijk in staat waren hun leven in eigen hand te houden. Van hospitalisatie effecten was nauwelijks sprake. Aanwijzingen hiervoor waren de variatie in de wijze waarop bewoners hun huishoudelijke bezigheden invulden, de op maat gesneden dienstenplannen en de mening van bewoners zelf. Nagenoeg iedereen was van mening dat hij of zij eigen baas kon zijn in het wooncentrum. Ook ouderen, vaak afkomstig uit traditionele verzorgingshuizen, waarbij in eerste instantie de zelfstandigheid en vrijheid in het wooncentrum niet aansloeg bleken later in het onderzoek dit erg te waarderen. Verder bleken bewoners in de loop van het experiment voor door hen gesignaleerde knelpunten zelf oplossingen aan te dragen. Oplossingen werden niet meer gezocht in

de sfeer van een traditioneel verzorgingshuis, maar borduurden voort op de opzet en werkwijze van het wooncentrum.

### *Effecten ten aanzien van zorg op maat*

Uit de resultaten bleek dat zorg op maat gedeeltelijk is gerealiseerd.

Wat betreft de maaltijdvoorziening en wasverzorging, is het experiment erin geslaagd bewoners zelf, met behulp van de contactpersoon, een op maat gesneden dienstenpakket te laten samenstellen. De verschillen tussen bewoners in hoe zij deze huishoudelijke bezigheden invulden, lieten zien dat er ruimte was voor keuzemogelijkheden. Er was geen sprake van een standaard aanbod van diensten. Dat lag anders bij schoonmaakwerkzaamheden. Hier hadden bewoners de keuze tussen uitbesteden of er zelf in voorzien. Maar de tijd die bij uitbesteden aan de schoonmaak mocht worden besteed, werd ondanks aanhoudende klachten van bewoners niet verlengd.

De verplegende, verzorgende en huishoudelijke hulp werd op maat geleverd. De beperking lag in het feit dat bewoners geen keuze hadden door wie zij deze diensten wilden laten invullen. Het experiment wees uit dat de contactpersoon een belangrijke functie vervulde in het bewerkstelligen van een voor elke bewoner afzonderlijk evenwicht tussen het optimaliseren van de zelfstandigheid en het te leveren dienstenpakket. Deze functie heeft zich in de loop van de tijd steeds meer uitgekristalliseerd van een 'verlengstuk en doorgeefluik van bewoners naar externe dienstverleners' tot een functie die het beste als 'case-manager' getypeerd kon worden. De contactpersoon ging in goed overleg met de oudere na op welke wijze de bewoner zijn of haar leven in wilde richten, in hoeverre daarbij bepaalde vormen van dienstverlening nodig waren en in hoeverre deze diensten pasten binnen het kader dat de WBO stelde. Zij overlegde met de bewoner over de gewenste wijze van levering, de tijdstippen en regelde dit verder.

### *Effecten ten aanzien van zorgsubstitutie*

Door de werkwijze en een sterker beroep op wat de ouderen zelf wel konden, zouden de ouderen naar verwachting minder hulpbehoevend worden, met andere woorden er zou zorgsubstitutie plaatsvinden. De onderzoeksresultaten gaven weer dat ouderen in Nieuw Doddendaal in bijna twee jaar, ondanks het normale proces van veroudering, niet of nauwelijks achteruit gegaan waren in gezondheid en hulpbehoefte. De tijdelijke terugval van bewoners in gezondheid en hulpbehoefte halverwege het onderzoek gaf aanwijzingen dat de werkwijze en opzet van het wooncentrum mogelijk van invloed waren op hulpbehoefte en gezondheid van bewoners. De bewoners waren juist voor de tweede meting door het management van Nieuw Doddendaal op de hoogte gesteld van het vertrek van de gezinsverzorging en het kruiswerk. De beroering die deze verandering onder de bewoners teweegbracht vertaalde zich waarschijnlijk in meer gezondheidsklachten en een lager welbevinden. Deze bevinding kan onder-

steund worden door de bevindingen van Phillips en Stevens (1997). Zij kwamen in hun artikel tot de conclusie dat de leefwereld van chronische patiënten, onder andere het welbevinden, negatief beïnvloed wordt door discontinuïteit van zorg.

Of er ook zorgsubstitutie is gerealiseerd in de zin dat bewoners van Nieuw Doddendaal feitelijk minder zorg ontvangen dan bewoners in andere verzorgingshuizen was met behulp van de beschikbare gegevens niet vast te stellen.

#### *Effecten ten aanzien van financiële substitutie*

Tenslotte zou er sprake zijn van een substitutie-effect in financiële zin. De variabele kosten van Nieuw Doddendaal bleken gunstig af te steken ten opzichte van andere verzorgingshuizen, ondanks het feit dat de personele variabele kosten in Nieuw Doddendaal hoger waren. De relatief lagere variabele kosten werden veroorzaakt door lagere kosten voor schoonmaakwerkzaamheden, huishoudelijke, verzorgende en verplegende diensten en lagere kosten van maaltijden. Van financiële substitutie was slechts sprake voorzover het ging om de kosten verbonden aan uitvoerende verzorgende en verplegende werkzaamheden. De hoge personele kosten van infrastructuurele aard hingen vermoedelijk zowel samen met de geringe omvang van het wooncentrum als met de kosten verbonden aan de werkwijze van Nieuw Doddendaal. Of Nieuw Doddendaal een betere kwaliteit of in tijd gemeten meer diensten bood, was niet te beoordelen aan de hand van de beschikbare gegevens.

### **5.4 Het experiment: zelfstandigheid en autonomie in de praktijk**

Op deze plaats wordt aan de hand van de in hoofdstuk 1 gepresenteerde literatuur stil gestaan bij de concretisering van de begrippen zelfstandigheid en autonomie door het experiment Nieuw Doddendaal in de praktijk.

De eerste maal dat het begrip zelfstandigheid gebruikt werd is in de tweede doelstelling van het experiment. Het was op deze plaats niet duidelijk wat met zelfstandigheid bedoeld werd. Uit de beschrijving van de achtergronden van deze doelstelling viel op te maken dat begrippen als autonomie, eigen leefomgeving in stand houden bij de dienstverlening en beslissingsbevoegdheid hieronder verstaan werden. In eerste instantie is zelfstandigheid als een overkoepelend begrip gebruikt.

De tweede keer dat het begrip zelfstandigheid werd gebruikt was in de beschrijving van de uitgangspunten. Hier werden de begrippen autonomie en zelfstandigheid afzonderlijk gebruikt.

Autonomie werd omschreven als: behoud van eigen verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid. Ook het begrip zelfstandigheid of preciezer: optimaliseren van

zelfstandigheid werd in deze uitgangspunten gebruikt. In deze zin leek het meer bedoeld als 'zelfstandig handelingen verrichten' of wel zelfredzaamheid.

In het navolgende wordt voor ieder aspect van zelfstandigheid, zoals opgenomen in hoofdstuk 1 schema 1.1, nagegaan in hoeverre het experiment Nieuw Doddendaal er in geslaagd is dit te realiseren.

*Veiligheid (fysiek en emotioneel)* werd als belangrijke basisvoorwaarde voor zelfstandigheid gezien. In het experiment werd aan beide elementen aandacht besteed. De fysieke veiligheid werd vergroot door de toegankelijkheid voor niet-bewoners enigszins te beperken. Aan de emotionele veiligheid werd wel aandacht besteed, maar dit is niet goed uitgewerkt. Zo werden de bewonersochtenden stopgezet om te voorkomen dat bewoners Nieuw Doddendaal als een intramurale voorziening zouden gaan ervaren. Informatie werd sindsdien gericht aan individuele bewoners. Door de stopzetting van de bewonersochtenden werd de mogelijkheid voor bewoners om *inspraak* te hebben in het reilen en zeilen van het wooncentrum bemoeilijkt. De contactpersoon was daarvoor de aangewezen persoon. Doch deze was geen onafhankelijk persoon. Bewoners konden zich daardoor geremd voelen kritiek te uiten. In samenspraak met haar werd tenslotte de dienstverlening afgesproken. Een formeel inspraakorgaan was er binnen het wooncentrum niet.

Ook bejaging door personeel werd als voorwaarde voor zelfstandigheid gezien. Het punt van *bejegening* door hulpverleners was goed uitgewerkt: een intensieve begeleiding en scholing werden gegeven om hulpverleners te leren de ouderen als individuen te benaderen met recht tot zelf beslissen.

Een *eigen inkomen* werd ook als basisvoorwaarde van zelfstandigheid beschouwd. Het individueel leef- en dienstenbudget is niet tot uitwerking gekomen. Restitutie van niet afgenomen diensten is een eerste aanzet.

Bewoners konden tot op zekere hoogte *zelf beslissingen nemen* over hoe zij hun leven wilden inrichten. Zij konden zelf bepalen wanneer zij wilden eten, wanneer zij hulp wilden en hoe zij hun woning wilden inrichten. Om beslissingen te kunnen nemen is het nodig om *keuzes* te hebben. Nieuw Doddendaal bood voldoende keuze-ruimte voor ouderen. De enige beperkingen zaten in de schoonmaak van de appartementen. Doordat er geen standaardaanbod van diensten was, maar in overleg met de ouderen een passend dienstenplan door de contactpersoon gemaakt werd, met als uitgangspunt de bestaande gewoonten van de ouderen, waren bewoners in staat binnen het wooncentrum *hun eigen leven vorm te geven*.

Autonomie is niet statisch, maar een *proces* dat al dan niet met behulp van derden verwezenlijkt moet worden. In het experiment werd rekening gehouden met wisselende wensen en behoeften van ouderen. Het was de taak van de contactpersoon

eenmaal in de drie maanden met bewoners het dienstenplan te evalueren. Tussentijdse veranderingen waren mogelijk. Het is de vraag of eenmaal in de drie maanden voldoende tegemoet komt aan de wensen en behoeften van ouderen.

Het experiment sprak in de uitgangspunten van het optimaliseren van de zelfstandigheid of in andere woorden de zelfredzaamheid. Bewoners konden in het wooncentrum *zelfstandig wonen* en hun *eigen huishouden voeren*. Hulpverleners gingen uit van hetgeen de ouderen zelf kan of wil, en gingen na of er een oplossing mogelijk was door hulpmiddelen in plaats van direct dienstverleners in te schakelen. Hierdoor werden *bewoners gestimuleerd zoveel mogelijk zelf te doen*.

In schema 5.1 zijn de aspecten van zelfstandigheid en autonomie zoals deze door het experiment in de praktijk gebracht zijn samengevat.

*Schema 5.1 - Nieuw Doddendaal: zelfstandigheid en autonomie*

Literatuur	Nieuw Doddendaal
<i>Basis voorwaarde voor</i>	
<i>Zelfstandigheid</i>	
. fysieke veiligheid	+
. emotionele veiligheid	*
. bejegening personeel	+
. formele inspraakorganen	-
. beheren van eigen financiën	*
<i>Autonomie</i>	
. zelf keuzes maken	+
. zelf beslissingen nemen	+
. vorm geven aan je eigen leven	+
<i>Zelfredzaamheid</i>	
. zelfstandig wonen	+
. het zolang mogelijk uitvoeren van huishoudelijke en persoonlijke taken	+
. zoveel mogelijk zelf doen	+

+ = positief; - = negatief; \* = wel aandacht, maar niet gerealiseerd

De gebruikte tekens in het schema hebben de volgende betekenis. Een '+' betekent dat het experiment er in geslaagd is het betreffende onderdeel te realiseren. Een '-' betekent dat dit onderdeel niet gerealiseerd is. Een '\*' tenslotte betekent dat er binnen het experiment wel aandacht voor was, maar binnen de onderzoeksperiode niet gerealiseerd is geworden.

## 6 Beschouwing en aandachtspunten

### 6.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk wordt teruggekeken op het onderzoek. Hierbij komen de volgende onderwerpen aan bod. In paragraaf 6.2 wordt ingegaan op de relatie tussen veldexperiment en onderzoek. Paragraaf 6.3 behandelt het veldexperiment in relatie tot het veld. In paragraaf 6.4 komt het zelfstandigheidsconcept aan de orde. In paragraaf 6.5 tenslotte worden op grond van de resultaten en de beschouwingen aandachtspunten geformuleerd.

### 6.2 Veldexperiment en onderzoek

#### *De dynamiek van een veldexperiment*

Er zijn uiteenlopende manieren waarop een experiment vorm kan worden gegeven. Typerend voor een veldexperiment als Nieuw Doddendaal is dat doelstellingen, en de middelen om deze te bereiken, tevoren omschreven zijn maar dat zij niet statisch zijn. Doordat een dergelijk experiment zich in een maatschappelijk krachtenveld afspeelt, kunnen de feitelijke ontwikkelingen anders verlopen dan tevoren door de initiatiefnemers is voorzien en bedoeld: het kan nodig zijn bij te sturen. Het zich kunnen voordoen van niet bedoelde ontwikkelingen vormt juist een belangrijk argument voor het doen van onderzoek in een veldsituatie.

In het experimentplan voor Nieuw Doddendaal werden op twee verschillende plaatsen opmerkingen gemaakt die naar dit dynamische karakter verwezen. In de eerste plaats moest volgens het experimentplan gewaarborgd worden dat de doelstelling van het experiment Nieuw Doddendaal op de voorgrond bleef staan, en niet de organisatie. Met andere woorden niet de ingezette middelen stonden centraal, maar de mate waarin de doelstellingen feitelijk gerealiseerd konden worden. De gebeurtenissen die betrekking hadden op de wisseling van de externe dienstverlening kunnen als voorbeeld dienen van dit dynamische karakter.

In de tweede plaats was tevoren onderkend dat de kans bestond dat tijdens het experiment de conclusie getrokken zou moeten worden dat de voorgestelde organisatie van het wooncentrum niet haalbaar was.

Er zijn enkele redenen die onderzoek naar veldexperimenten waardevol maken. Allereerst kunnen veldexperimenten de voorbode vormen voor ingrijpende innovaties.

Het is beleidsmatig dan van groot belang een dergelijk veldexperiment met onderzoek te volgen om zorgvuldig te kunnen beoordelen wat de waarde van het experiment is.

Ten tweede is voor onderzoekers een veldexperiment interessant omdat het beter inzicht op kan leveren over het feitelijk functioneren van bijvoorbeeld verschillende organisatievormen. Relaties, die voor het experiment vanzelfsprekend lijken te zijn, worden ter discussie gesteld. Een veldexperiment stelt de onderzoekers verder voor vragen wat betreft de keuze van onderzoeksmethoden.

### *Betekenis van triangulatie*

Uit ons onderzoek blijkt dat triangulatie bij de dataverzameling een niet te onderschatten waarde heeft bij dit soort van veldexperimenten. Door alleen te volstaan met een voor- en nameting zouden verklaringen voor effecten in een 'black box' blijven. Met name de interpretatie van de uitkomsten van een effect-evaluatie wordt pas mogelijk door het beschikbaar zijn van vastgelegde procesgegevens. Dit geldt overigens niet alleen bij onderzoek naar veldexperimenten. Ook in medisch onderzoek is gebruik van verschillende onderzoeksmethoden waardevol. Van behandelingen bijvoorbeeld dient in de eerste plaats vastgesteld te worden of ze überhaupt wel werken. Dat vergt onderzoek onder sterk gecontroleerde omstandigheden, ook wel efficacy onderzoek genoemd. Als blijkt dat een interventie werkt, is het nog maar de vraag of het in de dagelijkse praktijk werkt, wanneer de omstandigheden veel minder te controleren zijn. Een volgende stap is dan ook het toetsen onder 'real life' omstandigheden (effectiveness). Dit komt heel dicht bij het veldexperiment. Gegevens uit effectiviteitsonderzoek, aangevuld met informatie over kosten/effectiviteit en efficiëntie, vormen dan de basis voor implementatie en kwaliteitsbewaking.

Swanborn (1996) spreekt over de combinatie van extensief en intensief onderzoek. Het nauw volgen van het experiment Nieuw Doddendaal op diverse niveaus (intensief onderzoek) maakte het mogelijk de resultaten van de effect-evaluatie (extensief onderzoek) te interpreteren; bovendien kwamen uit de proces-evaluatie resultaten naar voren die anders buiten het zicht van de onderzoekers zouden zijn gebleven. De proces-evaluatie gaf inzicht in meer verfijnde sociale processen, waardoor de vraag inhoeverre gemeten effecten ook echt aan de ingezette middelen toe te schrijven waren, beantwoord kon worden. Een voorbeeld is de verschuiving die plaatsvond met betrekking tot de externe dienstverlening. Aanvankelijk moest het middel 'externe dienstverlening' de waarborg voor de zelfstandigheid van ouderen zijn. Het nauwgezet volgen van de implementatie liet zien dat de werkhouding van de uitvoerenden een veel belangrijkere determinerende factor was dan het feit dat de dienstverlening door 'externe' dienstverleners gegeven werd. Een voor- en nameting zouden wellicht aan het licht gebracht hebben dat externe dienstverlening een grotere mate van zelfstandigheid van ouderen opleverde, maar zou niet het noodzakelijk gebleken proces



van herscholing hebben laten zien waarin dienstverleners een andere werkhouding geleerd werd. Daardoor werd duidelijk dat 'extern' geen waarborg voor zelfstandigheid was, hetgeen tot verkeerde conclusies zou hebben geleid.

Een ander voorbeeld van mogelijk onjuist interpreteren van effectgegevens was de tijdelijke terugval in gezondheid en welzijn bij de bewoners bij de tweede meting. Procesgegevens lieten zien dat deze terugval mogelijk te maken had met de op dat moment in gang zijnde veranderingen in de organisatie van de externe dienstverlening. Deze bevinding vormde een belangrijke aanwijzing dat de werkwijze en opzet van het wooncentrum van invloed was op de gezondheid en het welzijn van bewoners. Zonder de procesevaluatie zou de terugval misschien alleen toegeschreven zijn aan een griep epidemie.

### *Interviewen van ouderen*

Uit de literatuur (van den Heuvel, 1987) blijkt dat ouderen van deze generatie geneigd zijn tot sociaal wenselijk antwoorden en 'snel' tevreden zijn. Zij hebben niet geleerd kritisch te zijn, maar zijn dankbaar voor wat zij krijgen. Door tweemaal tijdens de looptijd van het onderzoek (kwalitatieve) gesprekken te voeren met in principe alle bewoners is getracht een genuanceerder beeld te krijgen van de mening van ouderen over het wonen in het wooncentrum. Echter ook in de twee gespreksrondes bleek een sterke geneigdheid meteen overal tevreden over te zijn: "het is goed, hier", "kijk eens wat een ruime kamer" etcetera. Het vergde veel tijd (de gesprekken varieerden van een half uur tot drie en een half uur) en energie van de onderzoekers de ouderen te laten vertellen over het wonen in Nieuw Doddendaal. Door ruimschoots de tijd te nemen en vertrouwen te wekken en zo open mogelijke vragen te stellen, zodat bewoners aan de praat kwamen en vertelden over de dagelijkse gang van zaken, lukte het meer gefundeerde meningen van ouderen over het wooncentrum te krijgen. Bij alleen gebruik van een gestructureerde vragenlijst zou er sprake zijn geweest van een positieve overschatting bij de beoordeling van het experiment door bewoners. De gesprekken leverden meer genuanceerde informatie over de mening van de ouderen over de dagelijkse gang van zaken in het wooncentrum. Bij toekomstig onderzoek dient hier rekening mee te worden gehouden.

Naast de aspecten van sociale wenselijkheid en de generatiegebonden tevredenheid, speelde bij dit veldexperiment nog een mogelijk beïnvloedende factor een rol. Het experiment Nieuw Doddendaal heeft veel publiciteit gekregen in Nederland en daarbuiten. Het werd veel genoemd als voorbeeld van een nieuwe woonzorgvoorziening voor ouderen. Tal van personen werkzaam op het beleidsterrein van wonen c.q. ouderenzorg hebben Nieuw Doddendaal bezocht. Deze publiciteit en de bekendheid die Nieuw Doddendaal met haar voorbeeldfunctie verwierf, is aan de bewoners niet voorbij gegaan. Dit roept de vraag op hoe in het onderzoek met de mogelijke versto-

rende invloed van deze publiciteit om gegaan moest worden. Naar oordeel van de onderzoekers vormden de duur van het veldwerk, het feit dat met alle bewoners gesproken is en de open benadering van de ouderen, waarborgen om een positieve beïnvloeding te voorkomen.

### *Onderzoekers en veldexperiment*

Het dynamische karakter van een veldexperiment vraagt voorts een flexibele houding van de onderzoekers. Een vooraf gemaakte onderzoeksplanning of een onderzoeksopzet moet vaak tijdens de rit worden bijgesteld. Zo werd in de loop van het onderzoek naar Nieuw Doddendaal duidelijk dat de procesevaluatie, als gevolg van de moeizame samenwerking met de thuiszorginstellingen, veel meer tijd in beslag zou nemen dan van te voren begroot en gepland was.

Tijdens het onderzoek bleek dat de filosofie van het experiment niet alleen gevolgen had voor de uitvoerende dienstverleners, maar ook voor de onderzoekers. Een van de onderzoeksinstrumenten die de onderzoekers wilden gebruiken paste niet bij het zelfstandigheidsconcept dat bij Nieuw Doddendaal centraal stond. Het gebruik van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale Problemen in het verzorgingshuis om een vergelijking mogelijk te maken tussen de eigen onderzoeksgroep en bewoners van traditionele Nijmeegse verzorgingshuizen bleek op weerstanden binnen Nieuw Doddendaal te stuiten. Dat de lijst ingevuld moest worden door twee uitvoerende dienstverleners, zonder medewerking van de bewoners, paste niet binnen de filosofie van het experiment. Naderhand de lijst laten inzien door bewoners bood geen oplossing; men was bezorgd over de mogelijke verstorende invloed die de beoordeling van de uitvoerenden had op de relatie met de bewoner. Uiteindelijk werd een compromis gevonden in het gebruik van het Extern Budgetterings- en Informatie Systeem (EBIS) ontwikkeld door de Vereniging van Nederlandse Bejaarden (VNB), zij het anderhalf jaar later. Het oorspronkelijke plan om bij aanvang van het onderzoek vast te stellen of de bewoners van Nieuw Doddendaal vergelijkbaar waren met bewoners van traditionele verzorgingshuizen in Nijmegen werd hierdoor min of meer ondergraven. De vergelijking van de bewoners van Nieuw Doddendaal met bewoners van verzorgingshuizen in Nederland heeft bij aanvang van het onderzoek uiteraard wel plaatsgevonden.

### *Generaliseren*

Er is veel discussie over de generaliseerbaarheid van resultaten van een  $N = 1$  studie (zie o.a. Swanborn, 1996; Hutjes & van Buuren, 1992). Het gaat dan om de vraag of vanuit het onderzoek van één case iets gezegd kan worden over niet-onderzochte cases. Swanborn (1996) noemt in dit verband Firestone (1993), die begin jaren negentig naast de bekende 'steekproef-naar-populatie-generalisering' en de 'theoretische generalisering' een derde vorm van generalisering heeft onderscheiden: 'case-

to-case transfer': 'whenever a person in one setting considers adopting a program or idea from another one' (Firestone, 1993). Deze benadering is ontstaan vanuit een gebruikersperspectief: voor de gebruiker van resultaten van een case-study is de centrale vraag niet: naar welke populatie kan ik statistisch generaliseren, of naar welke theorie kan ik generaliseren, maar: kan ik de resultaten van een case-study naar mijn situatie generaliseren? (Swanborn 1996).

Vanuit een dergelijke omschrijving van generaliseerbaarheid zijn er verschillende argumenten voor generalisering van aangetoonde resultaten uit het onderzoek bij ouderen die afhankelijk worden van zorgverlening door derden te generaliseren.

1. De filosofie van Nieuw Doddendaal is een exponent van een algemene beleidsvisie binnen de ouderenzorg. Doel van het veldonderzoek is na te gaan of het mogelijk is de hulpvraag van ouderen centraal te stellen binnen een situatie waar zorg en verblijf gecombineerd worden, waarbij behoud van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid uitgangspunten zijn. Dit is een algemeen streven binnen de ouderenzorg.
2. Het experiment Nieuw Doddendaal is een uiting van maatschappelijke opvattingen over de ouderenzorg en in die zin geen uniek, geïsoleerd verschijnsel.
3. Het experiment ging een samenwerkingsverband aan met gevestigde instellingen voor de thuiszorg. Ook hier is Nieuw Doddendaal niet uniek in, vele innovatieprojecten in de ouderenzorg gaan en gingen samenwerkingsverbanden aan met dienstverlenende instellingen. Anders gezegd: het experiment Nieuw Doddendaal is een lokaal samenwerkingsproject, maar het is als experiment inhoudelijk geen lokaal verschijnsel.
4. Het laatste argument is dat de bewoners van het wooncentrum niet uniek zijn, zij zijn vergelijkbaar met ouderen die afhankelijk worden van zorgverlening door derden.

Tenslotte de vraag waarom dan gekozen is om juist dit experiment te nemen voor een N=1 studie. Het antwoord hierop is tweeledig. Ten eerste heeft Nieuw Doddendaal consequent en integraal gepoogd de zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van bewoners centraal te stellen. Ten tweede waren er middelen beschikbaar om het experiment door middel van onderzoek intensief te volgen.

De resultaten van de procesevaluatie laten een aantal processen zien die op grond van bovenstaande overwegingen niet louter aan dit ene experiment zijn toe te schrijven en een experiment-overstijgende betekenis hebben. Het zijn maatschappelijke processen, die meer of minder te verwachten zijn bij innovatieprojecten in het algemeen en specifiek binnen de ouderenzorg.

### 6.3 Veldexperiment in relatie tot het veld

Het experiment Nieuw Doddendaal speelde zich af in het veld van ouderen, wonen en zorg. Het onderzoek concentreerde zich op het verloop van dit experiment. Het is van belang de resultaten van een experiment te bezien in relatie tot de ontwikkelingen van het betreffende veld. Een voorbeeld ter verduidelijking vormt de samenwerking met de wijkverpleging.

#### *Samenwerking met de wijkverpleging*

De problemen die ontstonden rondom de samenwerking met de wijkverpleging zijn niet uniek voor het experiment Nieuw Doddendaal. In innovatieprojecten en experimenten waarin samengewerkt wordt met de kruisverenigingen blijken zich soortgelijke problemen voor te doen. Dit is niet iets van de laatste tijd. In de eerste evaluaties die midden jaren '70 verschenen rondom de gezondheidscentra, werd al melding gemaakt van 'kruisorganisaties wier beleid meer is gericht op het instandhouden van de bestaande organisatiestructuur, dan dat het gedragen wordt door visie en een open oog voor deze tijd' (Crebolder, 1977). Om binnen de gezondheidscentra tot een integratie van de hulpverlening te komen bleek de dubbele loyaliteit waarin de wijkverpleegkundigen zich geplaatst zagen, remmend te werken. Ze moesten zowel de kruisvereniging als het gezondheidscentrum dienen. De activiteiten van de wijkverpleegkundigen bleken ook binnen het gezondheidscentrum nog sterk beïnvloed te worden door het beleid van de kruisvereniging. De visies van beide instellingen liepen nogal uiteen: terwijl de kruisvereniging zich steeds meer op de weg begaf van de gespecialiseerde wijkverpleegkundige, stond de gezondheidscentra een meer all-round wijkverpleegkundige voor ogen (Graat, 1981; Mochel-Verhoog, 1987).

Vijftien à twintig jaar later bleken de kruisverenigingen moeite te hebben met de omslag in de gezondheidszorg van aanbodgericht naar vraaggericht werken. Binnen diverse innovatieprojecten en experimenten bleken zij meer vanuit hun eigen aanbod en organisatie uit te gaan dan vanuit de 'vraag naar diensten'. In de samenwerking met Nieuw Doddendaal bleken de bevoegdheden van de contactpersoon, die als een soort case manager fungeerde, het struikelblok. Schuyt merkte in 1991 op dat de partij die het huidige aanbod van voorzieningen voor haar rekening nam (gezinszorg, kruiswerk, intra- en extramurale ouderenzorg) de meeste moeite zal hebben met case management. Een zorgpakket dat volledig via de vraag geregeld wordt, zal problemen opleveren voor de werkwijze, onderlinge werkverdeling en financiering van het bestaande aanbod. Instellingen hebben zo hun eigen belangen (Schuyt, 1991). In de praktijk bleek de wijkverpleging de meeste moeite te hebben met innovatieprojecten waar gewerkt werd met een case manager, zorgcoördinator of zorgbemiddelaar (vergelijkbaar met de functie van contactpersoon in het experiment Nieuw Doddendaal). Uit evaluaties die verschenen over dergelijke projecten kwamen soortgelijke proble-

men naar voren als die gerapporteerd in hoofdstuk 3 'Resultaten van de procesevaluatie'. In het project Individuele Zorg Subsidie te Rotterdam bleek de wijkverpleging problemen te hebben met de beoogde bevoegdheden van de zorgbemiddelaar: de zorgcoördinatie en de intake. Het compromis werd dat de coördinatie naar de zorgbemiddelaar ging en de intake vooralsnog bij de wijkverpleging bleef (Koedoot & Vijfhuizen, 1991). Het project Substitutie aan ouderen op Noord- en Zuid-Beveland strandde uiteindelijk op de samenwerking met de wijkverpleging: er bleken bezwaren vanuit de wijkverpleging om de functie intake af te staan aan de in te stellen regionale coördinatiepunten (Pronk et al., 1991). In de eindevaluatie van het Zorghuis dr. W. Drees te Den Haag werd melding gemaakt van 'de wat problematische samenwerking met de kruisvereniging'. Deze ging sterk uit van de eigen organisatie en deskundigheid en stelde te weinig haar eigen grenzen ter discussie (Perenboom & Zaal, 1991a en b). Als laatste en meer recent voorbeeld kan genoemd worden het experiment Cliëntgebonden budget. Ook hier werd geconstateerd dat de wijkverpleging te veel uitging van het eigen zorgaanbod en te weinig inspeelde op de specifieke vraag van de cliënt. Cliënten met een budget die de zorg op de particuliere markt inkochten hadden veel meer zeggenschap over de geleverde zorg dan cliënten die de zorg inkochten bij de traditionele wijkverpleging (Ramakers, 1998).

Inspelen op de specifieke vraag van de cliënt, een uitgangspunt voor het project, blijkt dus nogal wat weerstanden op te roepen bij de wijkverpleging. Verwonderlijk is dit niet: het afstaan van de activiteiten zorgcoördinatie en intake betekent voor de wijkverpleging een beperking tot de taken die te maken hebben met de verzorging van het lichaam (Koedoot & Vijfhuizen, 1991). De door de kruisvereniging jarenlang nagestreefde professionaliteit en specialiteit van de wijkverpleegkundige kwamen onder druk te staan door de opkomende vraaggerichte benadering. De daarmee gepaard gaande schaalvergroting ging samen met het handhaven van de vrij autonome werkwijze van de wijkverpleegkundige. Inmiddels is er een kentering in te bespeuren. De kruisorganisaties staan meer open voor de veranderingen in samenleving. Zij worden daartoe min of meer gedwongen door de opkomst van particuliere verpleegbureaus die door hun werkwijze meer kunnen inspelen op de specifieke vraag van de cliënt. Uit resultaten van het eerder genoemde experiment Cliëntgebonden Budget bleek voor de wijkverpleging een verloren marktaandeel van 57% bij de cliënten met een budget. Zij kochten de zorg op de particuliere markt. Redenen hiervoor waren onder andere meer zeggenschap over de zorg en minder betutteling (Ramakers & Miltenburg, 1994). De wijkverpleging lijkt laat gereageerd te hebben op de mondigheid van de cliënt. Een ander signaal dat de kruisvereniging meer over de muren van de eigen instelling heen kijkt is bijvoorbeeld de hernieuwde samenwerking met de huisarts. Er is behoefte aan verbetering van de samenwerking binnen de eerstelijns. De toenadering van de wijkverpleging en de huisartsen door het creëren

van de functie van een 'praktijkverpleegkundige' is een eerste teken hiervan (Wellington et al., 1997). Net als de verzorgingshuizen in de jaren tachtig zal ook de wijkverpleging niet meer alleen kunnen volstaan met de eigen deskundigheid en professionaliteit. Ook zij zullen meer rekening moeten houden met de wensen van de cliënt.

## **6.4 Het conceptuele kader en het veldexperiment**

### *Het zelfstandigheidsconcept*

Binnen het ouderenbeleid en de ouderenzorg streeft men de laatste jaren naar zelfstandigheid en behoud van eigen verantwoordelijkheid van ouderen. Het experiment Nieuw Doddendaal probeerde vanuit deze begrippen de positie van ouderen in een wooncentrum opnieuw te doordenken. De bevindingen van dit onderzoek geven aanleiding hier enkele kanttekeningen bij te plaatsen.

Een kanttekening bij het stimuleren van zelfstandigheid is de vraag waar de zelfstandigheid c.q. eigen verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid, met andere woorden de autonomie van de oudere ophoudt en waar die van de dienstverlener begint. In Nieuw Doddendaal lag bijvoorbeeld de grens daar waar bewoners last ondervonden van een andere bewoner. Het is de vraag of deze grens in sommige gevallen niet eerder gelegd moet worden. Enkele externe hulpverleners waren van mening dat het team van Nieuw Doddendaal in sommige situaties te laat ingreep. Het ging dan om situaties als lichamelijke vervuiling of alcoholisme. Deze situaties vormen een grijs gebied tussen aan de ene kant de verantwoordelijkheid van de oudere en aan de andere kant de verantwoordelijkheid van de instelling c.q. hulpverlener.

In gesprekken met ouderen kwamen schaduwzijden van het zelfstandigheidsconcept naar voren. Nieuw Doddendaal was van mening dat de bewoners in principe niet lastig moesten worden gevallen met de visie en de werkwijze van het wooncentrum. Bij verhuizing naar het wooncentrum werd hun verteld dat zij gewoon hun leven konden voortzetten zoals zij dat thuis gewend waren. In het dagelijks leven in het wooncentrum liepen zij echter tegen zaken aan die zij anders gewend waren, verwacht of graag gezien hadden. Er was geen recreatiezaal, het management besteedde geen aandacht aan verjaardagen of aan ziekte, de bewoners mochten de deuren van het appartement niet open laten staan om wat meer 'leven' om zich heen te hebben. Volgens het management van Nieuw Doddendaal neigde dit te veel naar een traditioneel verzorgingshuis. Zo schiep het concept van zelfstandigheid sluipenderwijze nieuwe (ongeschreven) regels waaraan de bewoners zich moesten aanpassen. De

benadrukking van 'zelfstandigheid' door de organisatie bleek voor de ouderen aanleiding te zijn tot een eigen invulling van dit begrip. Zij vertaalden zelfstandigheid vaak in 'eigen baas' zijn. In de praktijk uitte 'je eigen baas zijn' zich in: niet bij elkaar over de vloer komen, en je 'eigen boontjes doppen'. Normale behoeften aan sociaal contact kwamen zo lijnrecht te staan tegenover zelfstandigheid in de beleving van veel bewoners. Het leek er op dat veel bewoners het concept van zelfstandigheid, evenals in eerste instantie de uitvoerenden van het particulier verpleegbureau, opvatten of ervaarden als een stelsel van regels en wetten. Misschien zou scholing voor bewoners ook op zijn plaats zijn geweest. Bewoners waren vertrouwd met gangbare beelden over het onderscheid zelfstandig wonen versus de leefsituatie in een verzorgingshuis.

De invulling en uitvoering van het begrip zelfstandigheid binnen het experiment Nieuw Doddendaal is vormgegeven door mensen die in de volle bloei van het leven staan. Het is de vraag of deze invulling van het begrip overeenkomt met de invulling van het begrip door hulpbehoevende ouderen. Het begrip zelfstandigheid lijkt een 'containerbegrip'. Zelfstandigheid is voor iedereen verschillend: zo zal een scholier een andere opvatting over het begrip hebben dan een docent en de directie van een verzorgingshuis een andere dan de hulpbehoevende bewoner. Het is de vraag over wiens zelfstandigheid gepraat wordt en vanuit wiens normen. Het is zeer belangrijk naar onze mening dat het begrip vooraf aan experimenten en innovaties gedefinieerd en geoperationaliseerd wordt in samenwerking met betrokkenen. Gebeurt dit niet dan bestaat het gevaar dat zelfstandigheid, ingevuld door de normen en waarden van één persoon of belanghebbende groep, wordt opgelegd aan anderen, in dit geval ouderen.

### *Zorg op maat*

Nauw verwant aan het zelfstandigheidsconcept is het begrip 'zorg op maat'; zorg afgestemd op de individuele behoefte van de bewoner, waarbij ervan uitgegaan wordt dat de bewoner zoveel mogelijk zelf doet. Zorg op maat heeft naast positieve effecten, de bewoners worden gestimuleerd zoveel mogelijk zelf te doen, ook negatieve effecten. De bewoner in Nieuw Doddendaal kreeg de zorg die in overleg met de contactpersoon was overeengekomen en vervolgens was vastgelegd in het dienstplan. Op vaste en binnen gestelde tijden werden deze diensten verleend. Tijd voor aandacht of een praatje tussendoor werd door dit strakke tijdschema gering. Bewoners, zeker degenen die min of meer gekluisterd waren aan het appartement, raakten hierdoor min of meer in een isolement. Zij zagen vaak alleen de uitvoerenden die op van te voren vastgestelde en vastomlijnde tijden zorg kwamen verlenen. Dit neveneffect van 'zorg op maat' werd in andere innovatieprojecten voor ouderen ook geconstateerd (zie bijvoorbeeld Perenboom & Zaal, 1991b).

Leene en Gullikers (1994) stelden de vraag of de individuele, fluctuerende, zorgvraag wel objectiveerbaar is. In werkelijkheid zou er altijd een vergroving van de zorgvraag plaatsvinden. Met andere woorden is zorg op maat wel mogelijk? In Nieuw Doddendaal ontkwam men ook niet aan deze vergroving. Niet iedere vraag van bewoners was in een dienstenplan vast te leggen. Concrete vragen van bewoners naar verpleging en verzorging gaven weinig aanleiding tot discussie. Bij huishoudelijke vragen speelden er veel meer subjectieve elementen mee. Wat te doen bij een bewoner die thuis gewend was iedere dag de keukenkastjes schoon te maken. Moet dit gehonoreerd worden? Zoveel mogelijk aansluiten bij hetgeen de oudere thuis gewend was bleek niet altijd een houdbaar uitgangspunt. Budgettaire redenen waren een tweede oorzaak van vergroving van de zorgvraag: per appartement werd niet meer dan een bepaalde tijd voor schoonmaak beschikbaar gesteld. Aanvankelijk konden de bewoners nog zelf de tijden bepalen waarop de medewerkers moesten schoonmaken. Dit werkte echter zeer inefficiënt: de medewerkers sjouwden van hot naar haar. Dit had budgettaire consequenties voor Nieuw Doddendaal. De tijden waaruit de bewoners konden kiezen werden, weliswaar in overleg met de bewoners, beperkt tot 8.00 uur tot 10.00 uur 's ochtends. Nieuw Doddendaal koos met betrekking tot de schoonmaakwerkzaamheden uiteindelijk voor een stukje efficiëntie, in plaats van zorg op maat consequent door te voeren.

Ook de vaak impliciete vraag om aandacht (sociaal contact, begeleiding/gezelschap voor consulten bij huisarts of specialist) was moeilijk in een dienstenplan vast te leggen. Uitvoerenden waren van mening dat hier nauwelijks tijd voor was. Naar de mening van de bewoners bleek het management tekort te schieten in aandacht als het bijvoorbeeld ging om verjaardagen en ziekten van ouderen.

In Nieuw Doddendaal werd eenmaal in de drie maanden de 'maat' geëvalueerd door de contactpersoon. Het is de vraag of dit voldoende recht doet aan de wisselende behoeften van ouderen.

Leene en Gullikers (1994) waarschuwden ook voor de veronderstelling dat binnen de regels van een organisatie een op het individu afgestemde differentiatie mogelijk is. Nieuw Doddendaal had door de organisatie zo flexibel en klein mogelijk te houden een poging gedaan het individu centraal te stellen. Het probleem verplaatste zich echter naar buiten toe: Nieuw Doddendaal kreeg te maken met regels van de instellingen waarmee een samenwerking was aangegaan. De problemen die hierdoor ontstonden speelden zich voornamelijk af op het niveau van het middenkader en management. De bewoners hebben hier, uiteraard de wisseling van de thuiszorg naar het verpleegbureau uitgezonderd, weinig van gemerkt. Zij uitten hun individuele hulpvraag en kregen over het algemeen de gevraagde hulp. De vertaling van de zorgvraag op het niveau van het middenkader en het management van de dienstverlenende instellingen gaf samenwerkings- en organisatorische problemen.



Deze problemen op het gebied van de samenwerking geven aanleiding voor een laatste opmerking in deze paragraaf. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat de werkwijze en de opzet van het wooncentrum van invloed waren op de gezondheid en het welzijn van de bewoners. De (werk)houding van de dienstverleners bleek hierbij de meest belangrijke factor. Dit benadrukt het belang van de interactie tussen hulpvrager en hulpverlener. De hulpverlenersrol wordt niet ad hoc ingevuld, maar heeft een duurzaam karakter, op grond waarvan de hulpvrager passief of afwachtend of actief en betrokken is. Aan dit probleem is bijvoorbeeld binnen de huisartsgeneeskunde veel aandacht besteed. Een bejegening die de patiënt op zijn eigen verantwoordelijkheid aanspreekt, vraagt om een consistente en door alle betrokken hulpverleners gedragen attitude. Dit is binnen eerstelijnssteams van belang om met problemen als somatiseren, preventie van somatische fixatie en langdurige zorg voor chronisch zieken om te gaan. Dit vraagt investering in het definiëren van de eigen verwachtingen, de gemeenschappelijke doelen in de zorg voor patiënten en mogelijk herverdeling van taken van de betrokken hulpverleners (van Weel, 1994;1996). Overleg, scholing en training zijn belangrijke middelen om te komen tot een consequente en door alle betrokken hulpverleners gedragen houding naar de patiënt c.q. oudere toe.

## **6.5 Aandachtspunten**

Wat kunnen 'gebruikers' als beleidsmakers in de ouderenzorg, projectleiders etcetera, van deze studie leren? De resultaten van dit onderzoek naar het experiment Nieuw Doddendaal laten zien dat het mogelijk is binnen een hulpverleningssituatie de ouderen centraal te stellen, waarbij behoud van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de oudere uitgangspunten zijn. De resultaten laten zien dat de vertaling van deze uitgangspunten in de praktijk niet zonder slag of stoot te realiseren is. Hieruit zijn een viertal aandachtspunten te formuleren die van belang zijn bij het centraal stellen van ouderen of cliënten in het algemeen. Zij hebben achtereenvolgens betrekking op de samenwerking met externe dienstverlenende instanties, de houding van hulpverleners, de ouderen, en het zelfstandigheidsconcept.

### **1. Samenwerking met externe dienstverlenende instanties**

Samenwerking is niet iets vanzelfsprekends. Intenties uitspreken voorafgaand aan de start van een innovatie is geen garantie voor een succesvolle innovatie. De oudere c.q. cliënt centraal stellen vergt een nieuwe werkwijze, onderlinge werkverdeling en financiering. Dit vraagt van de betrokken instellingen c.q. hulpverleners investering in definiëren van de eigen verwachtingen, de gemeenschappelijke doelen in de zorg voor patiënten en mogelijk herverdeling van taken.

Om te waarborgen dat de hulpvraag van de oudere of cliënt daadwerkelijk centraal staat en niet ingepast wordt in het aanbod van de organisatie is het nodig dat intake en coördinatie van zorg tot het takenpakket van een onafhankelijke functionaris c.q. case manager behoren. Het afstaan van dergelijke taken wekt in de praktijk bij betreffende instellingen voor de thuiszorg weerstanden op. Voorafgaand aan de innovatie zou herverdeling van dergelijke taken duidelijk geregeld moeten zijn.

## 2. De hulpverleners

De houding van hulpverleners blijkt een belangrijke voorwaarde te zijn om de oudere of cliënt centraal te stellen. Hulpverleners die zijn opgeleid en werkervaring hebben op het gebied van verpleging en verzorging nemen veelal het initiatief binnen een hulpverleningsproces; zij zijn opgeleid om te 'zorgen voor.'. Deze gebruikelijke werkhouding is veelal zo geïnternaliseerd dat het moeite kost deze te veranderen in een werkhouding waar uitgegaan wordt van de vraag van de oudere en waarbij de oudere de eigen verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid behoudt. Er moet bij innovaties rekening mee gehouden worden dat dit aspect veel tijd kan kosten. Scholing, bijscholing en supervisie van de hulpverleners moeten opgenomen worden in de projectplannen.

## 3. De ouderen

Bij het centraal stellen van de oudere wordt uitgegaan van de veronderstelling dat ouderen initiatieven nemen en duidelijk hun wensen en behoeften kenbaar maken. Bij de huidige generatie ouderen is dat echter niet vanzelfsprekend. Ouderen dienen mijns inziens dan ook begeleid te worden om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen en meer hun eigen mening naar voren te brengen. Voor een case manager of contactpersoon is hier een duidelijke taak weggelegd.

## 4. Het zelfstandigheidsconcept

Er moet rekening gehouden worden met het feit dat ouderen van deze generatie mogelijk een andere opvatting over zelfstandigheid hebben dan de projectleiding, dikwijls van een jongere generatie, voor ogen heeft.

Bij het idee dat ouderen 'gewoon moeten kunnen wonen zoals zij dat zelf willen' en niet lastig gevallen moeten worden met concepten over zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid blijken wat kanttekeningen te kunnen worden geplaatst.

De huidige generatie ouderen heeft haar eigen ideeën over wonen in een verzorgingshuis. Het nalaten van het actief betrekken van ouderen bij het implementeren van dit nieuwe concept in een setting waar zorg en verblijf gecombineerd worden kan bij ouderen leiden tot het zelf invullen van begrippen als zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. De invulling die beide partijen geven aan zelfstandigheid hoeft niet met elkaar in overeenstemming te zijn.

Het niet bespreekbaar maken van wederzijdse wensen en verwachtingen ten aanzien van het begrip zelfstandigheid kan leiden tot een nieuw stelsel van (vaak ongeschreven) regels en wetten.

Het streven in de ouderenzorg naar behoud van zelfstandigheid en behoud van eigen verantwoordelijkheid van ouderen kan toch niet tot doel hebben een nieuw 'keurslijf' te ontwikkelen.



# Samenvatting

In dit proefschrift is verslag gedaan van een evaluatie-onderzoek naar het experiment Nieuw Doddendaal. Nieuw Doddendaal is een wooncentrum voor ouderen met een indicatie voor een verzorgingshuis. Behoud van zelfstandigheid en van de eigen leefwijze in een beschermde woonsituatie zijn de belangrijkste pijlers van waaruit het wooncentrum werkt. Nieuw Doddendaal is een innovatieproject binnen de ouderenzorg.

In *hoofdstuk 1* werd de ontwikkeling van de geïnstitutionaliseerde zorg voor ouderen vanaf 1945 geschetst. Dit gebeurde via beschrijvingen van het ouderenbeleid, maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de positie van patiënten in de gezondheidszorg. De diverse ontwikkelingen leidden er toe dat de patiënt c.q. oudere meer centraal kwam te staan binnen de gezondheidszorg. Binnen de ouderenzorg ontstonden innovatieprojecten waar zorg en wonen gecombineerd werden en waar gestreefd werd naar behoud van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de ouderen. De heersende opvatting was dat de hulpvraag van de oudere centraal dient te staan en niet het aanbod van diensten. De vraag stelde zich, wat er in de praktijk zou gebeuren wanneer deze uitgangspunten ingevoerd werden.

De centrale probleemstelling in dit onderzoek was dan ook te onderzoeken of het mogelijk was de hulpvraag van ouderen centraal te stellen binnen een situatie waar zorg en verblijf gecombineerd werden, waarbij behoud van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid uitgangspunten waren.

Het experiment Nieuw Doddendaal kende een tweeledig doel.

*Het bieden van een beschermde en aangepaste woning en woonomgeving aan ouderen die niet meer in hun oorspronkelijke woning kunnen of willen leven.*

*Het bieden van diensten aan thuiswonende<sup>1</sup> ouderen zodat zij zolang mogelijk zelfstandig en in hun eigen woning kunnen leven.*

---

1 Met thuiswonende ouderen zijn bedoeld, ouderen die in Nieuw Doddendaal wonen

De belangrijkste beleidsinstrumenten die werden ingezet om deze doelen te bereiken waren:

1. Het bieden van een, op zelfstandigheid gerichte, beschermde en aangepaste woning en woonomgeving, waaronder het streven naar een individueel te besteden leef- en dienstenbudget van bewoners,
2. Het opstellen van een dienstenplan, uitgevoerd door interne en externe dienstverleners, aangestuurd door begeleiding en scholing.

Van het experiment Nieuw Doddendaal verwachtte men een aantal effecten van deze ingezette beleidsinstrumenten. Ten eerste dat bewoners in een beschermde en aangepaste omgeving in staat waren het leven in eigen hand te houden. Ten tweede dat er een passend pakket van diensten geleverd zou worden: met andere woorden 'zorg op maat'. Ten derde dat er zorgsubstitutie zou plaatsvinden en ten vierde ten slotte dat er financiële substitutie zou plaatsvinden.

Gebruikt werd gemaakt van de inmiddels klassieke indeling van Donabedian in structuur, proces en uitkomsten.

In de structurevaluatie werd de volgende vraagstelling geformuleerd:

1. welke beleidsinstrumenten zijn door het experiment Nieuw Doddendaal ingezet om de gestelde doelen en nagestreefde effecten te bereiken?

In de procesevaluatie werden de volgende vraagstellingen geformuleerd:

2. is Nieuw Doddendaal erin geslaagd de opzet en werkwijze feitelijk te realiseren?
3. welke knelpunten kwamen voor en welke oplossingen werden gekozen?

De effectevaluatie heeft plaatsgevonden op twee niveaus: het niveau van de bewoners en op het niveau van het wooncentrum als geheel.

Op bewonersniveau waren de volgende vraagstellingen geformuleerd:

4. zijn de bewoners van Nieuw Doddendaal in staat hun zelfstandigheid te behouden?
5. krijgen bewoners van Nieuw Doddendaal 'zorg op maat' geleverd?

Op het niveau van het wooncentrum als geheel de volgende vraagstellingen:

6. treedt er zorgsubstitutie op?
7. treedt er substitutie op in financiële zin?

De opzet van het onderzoek was onderwerp in *hoofdstuk 2*. Gekozen is voor zowel een structuur- en proces evaluatie als een effectevaluatie. Gebruik gemaakt is van verschillende onderzoeksmethoden. Voor de structuuranalyse is gebruik gemaakt van documentatiemateriaal, voor de procesevaluatie van observaties van relevante vergaderingen en van semi-gestructureerde interviews op verschillende tijdstippen met relevante betrokkenen. Voor de effectevaluatie is gebruik gemaakt van gestructureerde en semi-gestructureerde vragenlijsten afgenomen bij bewoners. De bewoners zijn

vergeleken met doorsnee Nederlandse verzorgingshuisbewoners. De groep ouderen in Nieuw Doddendaal bleek minder hulpbehoevend te zijn.

In het *derde hoofdstuk* zijn de resultaten weergegeven van de structuur- en proces evaluatie. Uit de evaluatie bleek dat het wooncentrum bepaalde instituutsachtige trekken vertoonde: de ruimtelijke vormgeving van het wooncentrum was niet optimaal afgestemd op het woonzorgconcept. Het appartement vormde, buiten een te beperkte kookvoorziening, een zelfstandige wooneenheid. Bewoners werd geen standaardpakket van diensten aangeboden; zij konden huishoudelijke bezigheden op hun eigen manier invullen. Niet alle ideeën uit het concept Nieuw Doddendaal bleken uitvoerbaar in de praktijk: de aanvankelijk beoogde openheid van het wooncentrum voor buurtbewoners moest beperkt worden, omdat bewoners zich onveilig voelden. Ook bleken bewoners in de praktijk weinig behoefte te hebben mee te denken met Nieuw Doddendaal, over hun eigen woonomgeving.

Onderdeel van het zelfstandig wonen vormde *een individueel leef- en dienstenbudget*, dat in de loop van het experiment ontwikkeld en geïmplementeerd had moeten worden. Dit bleek niet haalbaar. Er werd wel een aanzet toe gegeven door bewoners die zelf voorzagen in bepaalde huishoudelijke bezigheden een bepaald bedrag te restitueren.

De uitvoering van het dienstenplan gebeurde door *externe dienstverlenende instanties*. De eerste twee experimentjaren hebben de gezinszorg en het kruiswerk de huishoudelijke, verzorgende en verplegende diensten in Nieuw Doddendaal geleverd. Verschillende visies op de uitgangspunten van het experiment en centrale begrippen in de dienstverlening als intake en coördinatie van zorg, leverden in de samenwerking tussen de drie instellingen knelpunten op. De samenwerking werd na twee jaar stopgezet. Door het aantrekken van een particulier verpleegbureau was een aantal knelpunten voor Nieuw Doddendaal opgelost. De intake en coördinatie van zorg waren geen punt van discussie meer, maar de samenwerking gaf andere problemen.

De dienstverlening in het wooncentrum werd ondersteund door *scholing en begeleiding* van interne en externe dienstverleners. Het bleek in de praktijk veel tijd en energie te kosten interne en externe medewerkers te scholen in de uitgangspunten van het experiment.

De resultaten van de effectevaluatie werden gepresenteerd in *hoofdstuk 4*. Het betrof zowel resultaten op het niveau van bewoners als resultaten op het niveau van het wooncentrum als geheel. Ten eerste werd op basis van semi-gestructureerde interviews beschreven of bewoners in Nieuw Doddendaal, een beschermde en aangepaste woonvorm, in staat waren het leven in eigen hand te houden. Het bleek dat tijdens de tweede gespreksronde de meeste bewoners tevreden waren over hun zelfstandigheid, meestal vertaald in 'eigen baas' zijn en 'je eigen gang kunnen gaan', over hun vrij-

heid van handelen en over de professionele hulp op de achtergrond in het wooncentrum.

In de loop van het experiment blijkt het vertrouwen in de professionele hulp te zijn gegroeid. De zelfstandigheid en vrijheid in het wooncentrum werden door bewoners afkomstig uit traditionele verzorgingshuizen niet, maar door bewoners afkomstig uit de thuissituatie juist wel gewaardeerd.

Tijdens de tweede gespreksronde was het verschil veel kleiner. Het 'eigen baas zijn' en 'je eigen gang' kunnen gaan bleek, zowel bij de eerste als bij de tweede gespreksronde, in de praktijk ook een schaduwzijde te hebben: bewoners kwamen nauwelijks bij elkaar over de vloer terwijl er behoefte was aan wat meer contact, een praatje of gewoon wat aanspraak. De meeste bewoners hadden kritiek op de schoonmaak van de appartementen gedurende de hele looptijd van het experiment.

Ten tweede zijn de resultaten van de gestructureerde vragenlijsten gepresenteerd. Het bleek dat het wonen op alle drie meetmomenten door de meeste bewoners positief beoordeeld werd. De hoeveelheid diensten die zij ontvingen vonden zij voldoende en over de kwaliteit waren zij tevreden. De bewoners waren wat betreft hulpbehoefte en gezondheid tijdens de eerste en derde meting constant gebleven. Opvallend was de achteruitgang wat betreft gezondheid bij een deel van de bewoners op het tweede meetmoment. Een verklaring hiervoor zou het tijdstip waarop deze meting heeft plaatsgevonden geweest kunnen zijn. Op dat moment was net onder de bewoners bekend dat de gezinszorg en het kruiswerk weg zouden gaan en het particulier verpleegbureau de dienstverlening over zou nemen. Dit heeft onder de bewoners voor flinke beroering gezorgd.

Ten slotte zijn de kosten van Nieuw Doddendaal vergeleken met andere verzorgingshuizen in Nijmegen, Gelderland en Nederland. De totale variabele kosten van Nieuw Doddendaal waren de laagste in vergelijking met zeven andere huizen. De kosten verbonden aan de personele infrastructuur waren relatief hoog, de variabele kosten met betrekking tot de schoonmaak, de maaltijden en de verzorging in verhouding met andere verzorgingshuizen relatief laag.

In *hoofdstuk 5* zijn de conclusies van de resultaten van de structuur- en procesevaluatie en van de resultaten van de effectevaluatie gepresenteerd. Uit de structuur- en procesevaluatie konden de volgende conclusies geformuleerd worden.

*Op zelfstandigheid gerichte, beschermde en aangepaste woning en woonomgeving*

Nieuw Doddendaal bood een, op zelfstandigheid gerichte, beschermde en aangepaste woning en woonomgeving. Wel bleek het wooncentrum een aantal instituutsachtige kenmerken te hebben, waardoor de ruimtelijke vormgeving niet goed aansloot bij het woonzorgconcept. Het appartement vormde een zelfstandige woonruimte, zij het met een te kleine keuken. De bescherming van bewoners was zo goed mogelijk verze-



kerd, zowel door technische voorzieningen als door de interne dienstverlening. Het gebouw en de appartementen waren aangepast voor rolstoelgebruikers. Er werd gelet op aanpassingen die op grond van beperkingen van individuele bewoners gewenst waren. Het is Nieuw Doddendaal gelukt bewoners voor bepaalde faciliteiten keuzemogelijkheden te geven. Dit betrof de was, de warme maaltijd en het schoonmaken van de appartementen.

### *Individueel leef- en dienstenbudget*

Het lukte Nieuw Doddendaal niet het individueel leef- en dienstenbudget verder vorm te geven. Er werd wel een aanzet toe gegeven door bewoners, als zij zelf voorzagen in de was, de maaltijdvoorziening of de schoonmaak, hiervoor geld van Nieuw Doddendaal te restitueren. Niettemin bepaalde Nieuw Doddendaal met welke instelling contracten voor de levering van een bepaald type diensten werden gesloten en wat de grenzen van de hulp waren.

### *Het dienstenplan*

Het dienstenplan bleek een goed hulpmiddel te zijn om de bewoner zijn zelfstandigheid zoveel mogelijk te laten behouden. Dit werd veroorzaakt doordat bij het dienstenplan steeds de leefwijze van de bewoner als uitgangspunt werd genomen. De bewoner kon daardoor - binnen de grenzen die Nieuw Doddendaal stelde - tot eigen keuzen komen. Ook al kon de bewoner een aantal dingen niet meer zelf, hij kon hierdoor wel zijn leven in eigen hand blijven houden.

### *Dienstverlening door externe instellingen*

Het is Nieuw Doddendaal gelukt huishoudelijke, verzorgende en verplegende diensten door externe organisaties te laten leveren. De samenwerkingsovereenkomst met kruiswerk en gezinszorg bleek op heel verschillende wijze opgevat te zijn door de drie participanten. Terwijl gezinszorg en kruiswerk benadrukten dat het om een experiment ging dat in gezamenlijk overleg uitgevoerd zou worden, meende Nieuw Doddendaal dat de samenwerking het karakter had van een overeenkomst waarbij gezinszorg en kruiswerk diensten aan bewoners van Nieuw Doddendaal zouden leveren, overeenkomstig de specificaties die Nieuw Doddendaal gaf. De conclusie is dat elke instelling met eigen ideeën het experiment ingestapt is in de veronderstelling dat deze ideeën redelijk overeenkwamen met die van hun partners.

In het derde experimentjaar ging Nieuw Doddendaal een samenwerking aan met een particulier verpleegbureau. Dit riep nieuwe knelpunten op. Er bleek spanning te bestaan tussen het uitgangspunt van Nieuw Doddendaal om condities voor zelfstandigheid van ouderen te optimaliseren enerzijds en kenmerken van medewerkers van het particuliere bureau anderzijds.

Resumerend kon gezegd worden dat er een accentverschuiving in de loop van het experiment heeft plaatsgevonden. Aanvankelijk werd sterk benadrukt dat inzet van het middel 'externe dienstverlening' zou voorkomen dat ouderen hun zelfstandigheid en zeggenschap over hun eigen leefsituatie zouden verliezen. Tijdens het experiment bleek dat de inzet van externe dienstverleners geenszins een garantie vormde voor het zoveel mogelijk behouden van zelfstandigheid. De conclusie naar aanleiding van de ervaringen van Nieuw Doddendaal is dat het werken met externe dienstverleners op zich geen voldoende voorwaarde is ouderen in staat te stellen hun leven zo zelfstandig mogelijk te blijven leiden.

### *Begeleiding en scholing*

Het experiment heeft duidelijk gemaakt dat het veel tijd en energie kost om mensen die binnen de traditionele opleiding en de daarmee gepaard gaande professionele socialisatie opgeleid zijn en werkervaring hebben te laten werken vanuit 'nieuwe' uitgangspunten te laten werken. In de traditionele werkhouding ligt het initiatief bij de medewerker en is de hulpvrager vanaf het eerste contact de afhankelijke partij. Die traditionele werkhouding is veelal zo geïnternaliseerd dat het moeite kostte om vanuit de uitgangspunten te werken die in het experimentplan geformuleerd waren. Dit gold zowel de ervaring met medewerkers van de eigen organisatie, medewerkers van kruiswerk en gezinszorg als met medewerkers van het particuliere bureau, zij het dat dit punt bij medewerkers van het particulier verpleegbureau meer aandacht heeft gevraagd door hun intramurale achtergrond.

### *Zelfstandig wonen in Nieuw Doddendaal*

Uit de resultaten van de effectevaluatie bleek dat bewoners in het wooncentrum daadwerkelijk in staat waren het leven in eigen hand te houden. Van hospitalisatie effecten was nauwelijks sprake. Aanwijzingen hiervoor waren de variatie in de wijze waarop bewoners hun huishoudelijke bezigheden invulden, de op maat gesneden dienstenplannen en de mening van bewoners zelf.

### *Zorg op maat*

Uit de resultaten bleek dat zorg op maat gedeeltelijk is gerealiseerd. Wat betreft de maaltijdvoorziening en wasverzorging, is het experiment erin geslaagd bewoners zelf, met behulp van de contactpersoon, een op maat gesneden dienstenpakket te laten samenstellen. De verschillen tussen bewoners in hoe zij deze huishoudelijke bezigheden invulden, lieten zien dat er ruimte was voor keuzemogelijkheden. Er was geen sprake van een standaard aanbod van diensten. Dat lag anders bij schoonmaakwerkzaamheden. Hier hadden bewoners de keuze tussen uitbesteden of er zelf in voorzien. Maar de tijd die bij uitbesteden aan de schoonmaak mocht worden besteed, werd ondanks aanhoudende klachten van bewoners niet verlengd.

De verplegende, verzorgende en huishoudelijke hulp werd op maat geleverd. De beperking lag in het feit dat bewoners geen keuze hadden door wie zij deze diensten wilden laten invullen. Het experiment wees uit dat de contactpersoon een belangrijke functie vervulde in het bewerkstelligen van een voor elke bewoner afzonderlijk evenwicht tussen het optimaliseren van de zelfstandigheid en het te leveren dienstenpakket.

#### *Effecten ten aanzien van zorgsubstitutie*

Door de werkwijze en een sterker beroep op wat de ouderen zelf wel konden, zouden de ouderen naar verwachting minder hulpbehoevend worden, met andere woorden er zou zorgsubstitutie plaatsvinden. De onderzoeksresultaten gaven weer dat ouderen in Nieuw Doddendaal in bijna twee jaar, ondanks het normale proces van veroudering, niet of nauwelijks achteruit gegaan waren in gezondheid en hulpbehoefte. De tijdelijke terugval van bewoners in gezondheid en hulpbehoefte halverwege het onderzoek gaf aanwijzingen dat de werkwijze en opzet van het wooncentrum van invloed waren op hulpbehoefte en gezondheid van bewoners. De bewoners waren juist voor de tweede meting door het management van Nieuw Doddendaal op de hoogte gesteld van het vertrek van de gezinsverzorging en het kruiswerk. De beroering die deze verandering onder de bewoners teweegbracht vertaalde zich naar alle waarschijnlijkheid in meer gezondheidsklachten en een lager welbevinden.

#### *Effecten ten aanzien van financiële substitutie*

Tenslotte zou er sprake zijn van een substitutie-effect in financiële zin. De variabele kosten van Nieuw Doddendaal bleken gunstig af te steken ten opzichte van andere verzorgingshuizen, ondanks het feit dat de personele variabele kosten in Nieuw Doddendaal hoger waren. De relatief lagere variabele kosten werden veroorzaakt door lagere kosten voor schoonmaakwerkzaamheden, huishoudelijke, verzorgende en verplegende diensten en lagere kosten van maaltijden. Van financiële substitutie was slechts sprake voorzover het ging om de kosten verbonden aan uitvoerende verzorgende en verplegende werkzaamheden.

In de laatste paragraaf werd aandacht besteed aan de wijze waarop het experiment de centrale begrippen zelfstandigheid en autonomie in de praktijk concretiseerde.

In *hoofdstuk 6* tenslotte werd teruggekeken op het onderzoek en werden een viertal aandachtspunten geformuleerd.

In de discussie werd ingegaan op voordelen van gebruik van meerdere onderzoeksmethoden, problemen met het interviewen van ouderen, het vaak dynamische karakter van een veldexperiment en de gevolgen daarvan voor onderzoekers en de generaliseerbaarheid van de resultaten van een enkel veldexperiment. Voorts werden de

samenwerkingsproblemen in een breder kader geplaatst en werden tenslotte enkele kanttekeningen geplaatst bij het zelfstandigheidsconcept.

De aanbevelingen hadden betrekking op de samenwerking met andere dienstverlenende instanties, de houding van de hulpverleners, kenbaar maken van behoeften door ouderen en de (mogelijk generatie-gebonden) invulling van het begrip zelfstandigheid.

# Summary

The present thesis reports an evaluation study of the Nieuw Doddendaal experiment. Nieuw Doddendaal is a centre of housing facilities for older people who have been marked down for admission into a home for the elderly. The principle that residents should retain their independence and personal way of life within a protected environment represents the cornerstone of the centre's policy. Nieuw Doddendaal is an innovation project within the social service system for the elderly.

*Chapter 1* described the developments of institutionalized care of the elderly since 1945 by presenting an outline of policies made for the elderly, social developments and changes in the position of patients within the health care system. The result of these developments has been that health care increasingly adjusted to patients and older people. Facilities for the elderly started to initiate innovation projects which combined housing and care facilities while striving to achieve that old people retained their independence and personal responsibilities. The predominant view was that the demand for social services as expressed by the elderly should take central position, as opposed to services supplied. Thus, the question was what would happen if these basic assumptions were implemented in actual practice.

As a result, the research question of the study involved the possibility of taking the demand for social services as expressed by the elderly as the main starting-point within a context where housing and care were combined while independence and personal responsibilities were assumed to be retained.

The purpose of the Nieuw Doddendaal experiment was twofold:

*When older people no longer have the ability or willingness to live in their own house, providing them with protected and adapted housing and living conditions.*

*When older people are still living on their own,<sup>1</sup> providing services to achieve that they continue to live independently in their own house.*

---

1 Older people living on their own are here understood to be residents of the Nieuw Doddendaal housing centre.

Major policy-based instruments to accomplish these objectives included:

- . Providing protected and adapted housing and living conditions seeking to promote independence, including a budget for individual residents to be spent on housekeeping and social services.
- . Drawing up care schemes, to be implemented by internal and external service providers and to be supported through supervision and training.

The Nieuw Doddendaal experiment was expected to demonstrate several effects of these policy instruments. In the first place, residents in a protected and adapted environment were expected to be able to keep their lives under control. Secondly, a well-matched package of services - or custom-made care - was expected to be delivered. Thirdly, care substitution was assumed to take place. And finally, in the fourth place, financial substitution was expected to be found.

Donabedian's by now classic division was used, distinguishing between structure, process and outcome.

The following question was formulated as part of the structural evaluation:

- . Which policy-based instruments were employed by the Nieuw Doddendaal experiment to achieve priority targets and intended effects?

The process evaluation tried to answer two research questions:

- . Has Nieuw Doddendaal succeeded in realizing the original design and methodology of the experiment?
- . What were the bottlenecks and how were they solved?

Outcome evaluation took place at two levels: for individual residents and for the housing centre as a whole.

The following questions referred to individual residents:

- . Are the Nieuw Doddendaal residents able to retain their independence?
- . Are the Nieuw Doddendaal residents supplied with custom-made care?

For the housing centre as a whole the following questions were included:

- . Does a care substitution effect occur?
- . Does a financial substitution effect occur?

The design of the study was the main issue of *Chapter 2*. It was decided to apply both structural and process evaluations and an outcome evaluation. Several research methods were used. The structural analysis was made by using document material, while the processes involved were assessed by observing relevant meetings and by conducting semi-standardized interviews with relevant parties at various points in time. For the outcome evaluation, residents were asked to answer standardized and semi-standardized questionnaires. The residents were compared with the average

Dutch population of elderly living in old people's homes. The elderly of Nieuw Doddendaal appeared to be needing less help.

*Chapter 3* presented the findings of structural, process and outcome evaluations. They suggested that the housing centre had certain institution-like qualities; for example, its spatial design did not fully express the home-and-care concept. Apart from highly limited cooking facilities, the apartments qualified as independent living accommodation. Residents were not offered a standard package of services; instead, they could determine for themselves how to organize their household activities. Actually, it was not possible to realize all the elements contained in the Nieuw Doddendaal concept. For example, the original intention of opening the housing centre to local neighbourhood residents had to be limited because the residents at the centre did not feel safe. Also, Nieuw Doddendaal residents proved to have little need to think along with the management about their housing conditions.

Living independently implied an *individual budget for housekeeping and social services*, which should have been developed and implemented during the course of the experiment. As it turned out, however, this was not realistic, although a beginning was made by paying refunds to those residents who organized some of their household activities independently.

The care scheme was implemented by *external service organizations*. During the first two years of the experiment, housekeeping, caring and nursing services at Nieuw Doddendaal were supplied by local home-help and home-nursing organizations. However, since the three organizations appeared to have different views of the basic principles underlying the experiment as well as key concepts in care provision such as client intake and coordination of social service activities, their partnership showed several pressure points. After two years the partnership ceased to exist. By calling in a private nursing agency Nieuw Doddendaal managed to solve some of the problems. Intake and coordination ceased to be an issue, although collaboration caused different problems.

Services supplied at the housing centre were supported by *training and supervision* provided by both internal and external care providers. It appeared to take a great deal of time and energy to train internal or external staff in the basic principles underlying the experiment.

The results of the outcome evaluation were presented in *Chapter 4*, both at the level of individual residents and at the level of the housing centre as a whole. First, the findings of semi-standardized interviews were used to indicate whether the residents of Nieuw Doddendaal, a protected and adapted housing environment, had control over their own lives. During the second round of interviews most residents appeared to be satisfied with their independence - which was expressed in terms of 'being

your own boss' and 'doing your own things' - their freedom of action and the professional assistance available at the background of the housing centre.

During the experiment their faith in professional help appears to have grown. Residents whose previous place of residence had been their own house appreciated their freedom and independence, whereas residents coming from other, i.e. more traditional, old people's homes did not appreciate those qualities.

During the second round of interviews the difference had grown smaller. At each of the two interview rounds, 'being your own boss' and 'doing your own things' appeared to have their drawbacks as well: residents hardly ever visited other residents although they certainly wanted to have more interpersonal relations, an occasional chat or just a little bit of contact. Most residents criticized the quality of apartment cleaning during the entire duration of the experiment.

Next, the results of the standardized questionnaires were presented. At all three measurement points, most residents appeared to have favourable opinions on their living conditions. The amount and quality of help received were both thought to be sufficient and satisfactory. At measurement points number one and three the residents showed similar levels in health status and need of help. A notable finding was that, in some of the residents, health status had deteriorated at the second measurement point. An explanation might be found in the time of this particular measurement. At that stage, the residents had only just been informed that home help and nursing help would no longer be provided by the regular local organizations. A private nursing agency would take things over, which caused great unrest among the residents.

Finally, the costs of Nieuw Doddendaal were compared with those of other old people's homes, both on a local, regional and national level. Compared with seven other facilities, total variable costs at Nieuw Doddendaal were lower than in any of the others. Costs related with human resource infrastructure were relatively high, whereas variable costs pertaining to cleaning, meals and resident care were relatively low compared with other homes for the elderly.

*Chapter 5* presented the conclusions based on the results of structural and process evaluations as well as the findings of the outcome evaluation. The following conclusions were drawn from the evaluation of structures and processes.

### *Protected and adapted housing and living conditions aimed at promoting independence*

Nieuw Doddendaal offered protected and adapted housing and living conditions aimed at promoting independence. Still, the housing centre was shown to have several institution-like qualities, so that its spatial design did not fully express the home-and-care concept. The apartments qualified as independent living



accommodation, although the kitchen was too small. Resident protection was guaranteed as fully as possible, both through technological facilities and by providing internal services. Building and apartments were accessible for wheelchairs. Special attention was paid to adaptations that might be desirable in view of any inabilities of individual residents. For some services Nieuw Doddendaal managed to provide its residents with alternatives. They included: laundry, hot meals and apartment cleaning.

#### *Individual budgets for housekeeping and social services*

Nieuw Doddendaal has not been successful in developing individual budgets for housekeeping and social services. A start was made by paying refunds to those residents who organized their laundry, their meals or the cleaning of their apartment independently. Still, it was the management of Nieuw Doddendaal who decided on organizations and agreements for providing certain types of services as well as on the scope of those services.

#### *Care schemes*

The care scheme proved to be an effective means to encourage residents to retain maximum independence. This was accomplished by taking the individual resident's lifestyle as the starting-point for framing a care scheme. As a result, residents were allowed to exercise their own choice, albeit within the boundaries defined by Nieuw Doddendaal. Thus, even if individual residents were no longer able to do things by themselves, they could still have control over their lives.

#### *Services provided by external organizations*

Nieuw Doddendaal has been successful in having household, caring and nursing services provided by external organizations. However, the partnership agreement with home-help and home-nursing organizations appeared to be interpreted in very different ways by the three parties involved. Whereas the organizations for home help and home nursing emphasized that it was an experiment which would be performed by mutual arrangement, Nieuw Doddendaal argued that their cooperation could be characterized as an agreement by which home help and home nursing would provide services to the Nieuw Doddendaal residents in accordance with specifications set by Nieuw Doddendaal. The conclusion should be that, when entering the experiment, each institution had its own preconceived ideas and assumed that they were reasonably similar to those held by the two partners.

During the third year of the experiment Nieuw Doddendaal entered into an agreement with a private nursing agency. This caused new problems. Nieuw Doddendaal's basic assumption that the living conditions of the elderly should

promote maximum independence appeared to be at odds with some characteristics of the staff employed by the private agency.

Summarizing, a shift of focus can be said to have taken place during the course of the experiment. Initially, it was strongly emphasized that, by deploying the instrument of 'external service provision', it might be avoided that older people lost independence or personal control over their living conditions. During the experiment it became apparent that committing external care providers was in no way a guarantee for retaining a maximum of independence. Based on the experiences of Nieuw Doddendaal it should be concluded that working with external care providers is not in itself a sufficient condition to enable older people to continue their lives as independently as possible.

### *Training and supervision*

The experiment has made it clear that, when people have been educated within traditional training programmes, including their accompanying professional socialization, and have been gaining practical experience in the same vein, it takes lots of time and energy to teach them how to work from 'new' perspectives. The traditional attitude of care providers emphasizes that, from the very first, they will take the initiative while the client is the dependent party. This traditional attitude had been internalized so strongly that it frequently took a great deal of effort to ensure that the basic principles as expressed in the design of the experiment were used as a starting-point in organizing job tasks. This applied to staff members of the Nieuw Doddendaal organization, home-help and home-nursing staff as well as staff members of the private nursing agency, although the latter required more attention in this respect because of their clinical backgrounds.

### *Living independently in Nieuw Doddendaal*

The results of the outcome evaluation showed that the residents of the housing centre were indeed in a position to keep control over their own lives. Hospitalization effects hardly occurred. This was shown in the variety of methods used by residents to organize their household activities, their custom-made care schemes and their subjective perceptions.

### *Custom-made care*

The results showed that custom-made care was not achieved on all points. As for meals and laundry, the experiment was successful in having the residents draw up their own custom-made schemes of services with the help of a case manager. Differences between residents in their individual organization of housekeeping activities demonstrated that they had enough room to choose between alternative options. Services on offer did not represent a standard package. This was different

for cleaning activities. Here, the residents could choose between contracting out or performing them themselves. However, despite persistent complaints made by residents, the amount of time they were allowed to spend on cleaning when contracting out those activities was not extended.

Nursing, caring and housekeeping assistance were delivered custom-made. The residents' choice was limited in that they had no alternatives to choose from as to who would deliver the services. The experiment made it clear that the case manager played a significant role in achieving a well-balanced combination of optimum independence and custom-made care for each individual resident.

### *Care substitution effects*

As a result of the procedures followed in the experiment, and by making a stronger appeal to the residents' capabilities, it was expected that their need for assistance would be reduced. In other words, care substitution was assumed to take place. The results of the study demonstrated that, over a period of almost two years, the elderly living in Nieuw Doddendaal failed to show hardly if any deterioration in health status and need for assistance, in spite of the normal aging process. The temporary relapse in residents' health status and need for assistance halfway through the study indicated that residents' health status and need for assistance were affected by the organization and procedures of the housing centre. At the time of the second measurement, the residents had recently been informed by the Nieuw Doddendaal management that the local organizations for home help and home nursing had withdrawn from the experiment. The resulting commotion among the residents may very well have been translated into more health complaints and lower levels of well-being.

### *Financial substitution effects*

Finally, a substitution effect was also expected to be found in financial terms. Variable costs at Nieuw Doddendaal appeared to compare favourably with those of other homes for the elderly, even though variable personnel costs were higher at Nieuw Doddendaal. The relatively low level of variable costs was the result of lower costs incurred for: cleaning activities; housekeeping, caring and nursing services; and meals. Financial substitution was found to have taken place only for costs related with the performance of caring and nursing activities.

A concluding section described how, in real terms, the key concepts of independence and autonomy had been realized in the experiment.

*Chapter 6*, finally, looked back on the study and presented four issues that are believed to need special attention.

The discussion pursued questions such as: the advantages of using a combination of several research methods; specific problems associated with interviewing older people; the frequently dynamic character of a field experiment and its effects on the experimenters; and the generalizability of findings resulting from a single field experiment. Furthermore, the difficulties in realizing cooperation between organizations were put into a broader perspective while some notes were made on the concept of independence.

Recommendations were made concerning cooperation between organizations providing assistance, the attitudes of care providers, encouragement for the elderly to identify their needs and a - possibly generation-specific - definition of the concept of independence.

- Aakster, C.W. *Gezondheidszorg en samenleving*. Serie Aspecten van de samenleving. Van Gorcum, Assen 1981.
- Agich, G. *Autonomy and long-term care*. New York: Oxford University Press, 1993.
- d'Ancona, H. Wonen en bejaarden; rustpunt of keerpunt. In: *Woonzorg*. Humanitas, 1991.
- Banga, B.D., prof. Revalidatiegeneeskunde. Ontwikkelingen in de laatste 10 jaar. In: *Medisch Contact* 1984; 36; 1149-1152.
- Blommesteijn, P.J., bewerkt door Hoogerwerf, A. *Ouderenbeleid in Nederland van 1955 tot 1985: een beleidshistorisch evaluatie-onderzoek*. Universiteit Twente, Enschede 1990.
- Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Uitgeverij Het Spectrum, Utrecht 1988.
- Braam, G.P.A., Coolen, J.A.I., Naafs, J. *Ouderen in Nederland: sociologie van bejaarden, bejaardenzorg en beleid*. Samson, Alphen aan den Rijn 1981.
- Campen, Cretien, van, Kerkstra, Ada, Taes, Conny G.J. *Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten*. Ontwikkeling van een meetinstrument. NIVEL, Utrecht 1997.
- Campen, Cretien, van, Kerkstra, Ada, Taes, Conny G.J. *Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten*. Ontwikkeling van een meetinstrument. NIVEL, Utrecht 1997.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Ouder worden in Nederland*. CBS, Voorburg 1993.
- Crebolder, H.F.J.M. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VIII). *Huisarts en Wetenschap*, 1977;20;221-229.
- Deeg, D.J.H., Knipscheer, C.P.M., Tilburg, W., van (eds). *Autonomie and well-being in the aging population. Concepts and the design of the Longitudinal Study Amsterdam (LASA)*. NIG, Bunnik 1993.
- Dekker, W. *Bereidheid tot verandering*. Commissie structuur en financiering gezondheidszorg, Lochem 1983.
- Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring, Volume I, the definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor 1980.

- Eck, J.R. van, Boom, J. van den, Houben, P.P.J. *Vernieuwingen in de ouderenzorg: woningmarkt-onderzoek*. Ministerie van VROM, Directoraat-Generaal van de Volkshuisvesting, Directie Onderzoek en Kwaliteit, Delft 1988.
- Fahrenfort, M. Medicalisering. In: Aakster, C.W., Kuiper, G., Groothoff, J.W. (red.) *Medische Sociologie*. Wolters Noordhoff, Groningen 1991.
- Geelen, K., Harberden, P. van, Verkaar, E. Anatomie van de patiëntenbeweging. In: Aakster, C.W., Kuiper, G., Groothoff, J.W. (red.) *Medische Sociologie*. Wolters Noordhoff, Groningen 1991.
- Goedmakers, Mr.H.J.P.J. en anderen. Ouderdom en samenleving. Sociaal en culturele reeks, N. Samsom, Alphen aan den Rijn 1970.
- Goffman, E. *Totale instituties*, ingeleid door prof. dr. J.A.A. van Doorn. Rotterdam 1982.
- Gouw J.M.M. de, I.M.O. Pedroli. Ouderenzorg: wetenschap, visie en beleid. Een blik op de jaren 1920 tot 1990. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1992,70 nr.1 pg 35-43.
- Graat, T. Detachering in gezondheidscentra niet probleemloos. Verschillen in structuur en visie o.a. oorzaak van detacheringsproblematiek van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in gezondheidscentra. *MGZ* 1981;9;nr.6;10-13.
- Hattinga Verschure, J.C.M. *Het verschijnsel zorg*. De tijdstroom, Lochem 1977.
- Hell, L., van, Kleijn-Vrankrijker, M.W. de. *Ouderen en zelfstandigheid: een inventarisatie van begrippen, termen en definities*. TNO, Leiden 1994.
- Heuvel, W.J.A., van den. De mening van ouderen: tevreden? In: Aakster, C.W. (red.) *'Oud'. Beeld van ouderen en ouderenzorg*. Wolters Noordhoff, Groningen 1987.
- Heuvel, Prof.dr. W.J.A. van den. Nieuwe visies en uitgangspunten voor de verzorging van ouderen. In: Drs. Leo Boon (red.) *Zorgvisies Prijs & Kwaliteit. Dilemma's bij verpleeghuiszorg, zwakzinnigenzorg, thuiszorg, verzorgingshuizen, psychiatrische inrichtingen*. Stichting Sympoz, Amstelveen 1992.
- Horts, F.G., van der, Witte, L.P., de, Diederiks, J.P.M., Derks. H.J. Naar meer samenhang in de revalidatie. In: Jong, G.A. de, Knops, H.Th.P., Berg, H. van de (red.). *Nieuwe mogelijkheden in revalidatie en handicap*. Van Gorcum, Assen 1997.
- Houben, P.P.J., Wind, F., Moekops, H. *Woonbehoeften van ouderen gepeild: nieuwe peilers voor beleid*. RIW, Delft 1984.
- Houben, P.P.J. *Maatschappelijke participatie van ouderen en volkshuisvesting*. (diss) R.U. Groningen 1985.
- Houben, P.P.J. Een integrerend planningsperspectief. In: *Wonen en zorg*. F. van der Moelen. H. Voogd (red.). Geo pers, Groningen 1992.

- Houben, P.P.J., Prof.dr. Innovatiestadia in de ouderenhuisvesting. In: Drs. Leo Boon (red.) *Zorgen & Wonen. Dilemma's en nieuwe opties voor Verpleeghuiszorg, Geestelijke Gezondheidszorg, Ouderenzorg, Verstandelijk Gehandicaptenzorg en Zorgverdrinking thuiszorg*. Stichting Sympoz, Amstelveen 1994.
- Huizer, A. *Ouderen, zorg en recht. Een kritische inventarisatie*. Koninklijke Vermande BV - Uitgevers, Lelystad 1988.
- Hutjes, J.M., Buuren, J.A., van. *De gevalsstudie: strategie van kwalitatief onderzoek*. Boom, Amsterdam 1992.
- Huygen, F.J.A., Michels J.J.M., Persoon, J.M.G. Ten geleide. In: Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Persoon, J.M.G. (red.). *Het thuismilieu van dementerende ouderen- een interventie-onderzoek naar effecten van professionele ondersteuning van gezins- en familieleden van dementerende ouderen*. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Katholieke Universiteit Nijmegen 1990.
- Knipscheer, C.P.M. *Oude mensen en hun sociale omgeving. Een studie van het primaire sociale netwerk*. Vuga boekerij, 's-Gravenhage 1980.
- Knipscheer, K. Zelfstandigheid en ouder worden, een inleiding. In: Baars, J., Knipscheer, C.P.M., Schuyt, Th. N.M. (red.). *Zelfstandigheid en Ouder worden*. Lemma BV, Utrecht 1994.
- Koedoot, N., Vijfhuizen, M. Onbezorgd en onbemiddeld. Een casemanagement project voor ouderen in Rotterdam. In: Graaff, H. de (red.). *Case management. Een zorg minder?* Uitgeverij SWP, Utrecht 1991.
- Kooiker, S. 'Je gezondheid is je kostbaarste bezit'. De veranderde waarde van gezondheid in de periode 1966-1993. In: *Patiënt en professie. Culturele determinanten van medische consumptie*. Sociaal Cultureel Planbureau, Rijswijk 1996.
- Kroes, G. Meer bewegen voor ouderen (MBvO). In: Aakster, C.W. (red.) 'Oud'. *Beeld van ouderen en ouderenzorg*. Wolters Noordhoff, Groningen 1987.
- Kruis, A. van der & T. Mandemaker. *Het ouderenbeleid gewogen. Een studie naar de effecten van voorgenomen beleidsombuigingen*. ITS/IVA, Nijmegen/Tilburg 1986.
- Langer, E.J., Rodin, J. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology* 34, 2, 1976, p 191-198.
- Leene, G. Gullikers, B. e.a. Zelfstandig, ouder worden en wonen. In: Baars, J., Knipscheer, C.P.M., Schuyt, Th. N.M. (red.). *Zelfstandigheid en Ouder worden*. Lemma BV, Utrecht 1994.
- Loveren-Huyben, C.M.S., van. *Ontwikkeling in verzorgingshuizen? Gegevens van longitudinaal onderzoek*. diss. Katholieke Universiteit Nijmegen, Beuningen 1995.

- Meulen, R.H.J. ter. *Verschraalde zorg?* Over autonomie, identiteit en zingeving in de zorg voor hulpbehoevende ouderen. Rede uitgesproken bij het ambt van Bijzonder Hoogleraar Wijsbegeerte in Relatie tot de Katholieke Levensbeschouwing. RUL. Maastricht 1994.
- Miltenburg, Theo, Mensink Jos, Ramakers, Clarie. *Beleidsgerichte evaluatie. Experiment Cliëntgebonden Budget. Verpleging en Verzorging*. Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen, Nijmegen 1993.
- Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. *Nota Bejaardenbeleid*. 1970.
- Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. *Nota Bejaardenbeleid*. 1975.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid*. Tweede Kamer, zitting 1981/82. nr. 17 393, 1-2. 1982.
- Ministerie Van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Nota Flankerend Bejaardenbeleid*. Rijswijk 1983.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Nota Zorg voor Ouderen*. Tweede Kamer, zitting 1985/86, nr. 19 434, 1-2. 1986.
- Mochel-Verhoog, F. *Betrokkenheid Wijkverpleegkundigen in gezondheidscentra*. Den Haag 1987.
- Mootz, M. Samenvatting en conclusies. In: *Patiënt en professie. Culturele determinanten van medische consumptie*. Sociaal Cultureel Planbureau, Rijswijk 1996.
- Mootz, M., Timmermans, J. *Zorgen voor later. Desiderata voor een toekomstig ouderenbeleid*. SCP-cahier nr. 26. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1981.
- Munnichs, J. *Voorzieningen voor ouderen: visie op ouderdom*. Van Loghum Slaterus, 1974.
- Munnichs, J.M.A. Wat is Gerontologie? Theoretisch kader: levensloop perspectief en zingeving. In: Munnichs, J., Uildriks, G. (red.). *Psychogerontologie. Een inleidend leerboek*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1990.
- Naafs, J. Congresboek *Nationaal congres Ouder Worden*. Rotterdam 1993.
- Nies, H.L.G.R. *Beleidsonderzoek in de ouderenzorg*. Bureau Beta (diss), Nijmegen 1992.
- NIVEL. *Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland*. NIVEL Utrecht 1991.
- Perenboom, R.J.M., Zaal, K. Effecten van substitutie in het Zorghuis Dr. W. Drees. In: Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg (ODO). *Demonstratieprojecten in de ouderenzorg. Evaluatie van zes projecten in het kader van het substitutiebeleid*. Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS), Nijmegen 1991a.



- Perenboom, R.J.M., Zaal, K. *Het Zorghuis Dr. W. drees: een nieuwe woon/zorgvoorziening voor ouderen*. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO. Leiden 1991b.
- Persoon, J.M.G. De relatie tussen arts en patiënt. In: Aakster, C.W., Kuiper, G., Groothoff, J.W. (red.) *Medische Sociologie*. Wolters Noordhoff, Groningen 1991.
- Persoon, J.M.G. prof.dr., Hout, A.C.M. prof.dr. Residentiële voorzieningen. In: Nuy, M.H.R., Lisdonk, E.H. (red.). *Medicus en Maatschappij. Leerboek complexe maatschappelijke problematiek ten behoeve van geneeskundigen in opleiding*. SWP, Utrecht 1995.
- Phillips, B.S. *Social research. Strategy and tactics*. Macmillan Company, New York 1971.
- Pool, A. *Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening*. Lemma BV, Utrecht 1995
- Pols, A.J., Depla, M., De Lange, J. *Mogelijkheden en beperkingen in de zorg voor ouderen met een psychiatrische achtergrond in het verzorgingshuis* (werktitel). Trimbosch Instituut Utrecht (in druk).
- Pronk, M.Y., Ruissen, R., Vlist, J.A. Substitutie aan ouderen op Noord- en Zuid-Beveland. In: Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg (ODO). *Demonstratieprojecten in de ouderenzorg. Evaluatie van zes projecten in het kader van het substitutiebeleid*. Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS), Nijmegen 1991.
- Ramakers, C.C. *Het cliëntgebondenbudget*. (diss.) Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS), Nijmegen 1998 (in druk).
- Rodin, J., Langer E.J. Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology* 35, 12, 1977, p 897-902.
- Rijsselt, R., van, Schuyt, Th., Graveland, I. Burgerschap van ouderen: theoretische implicaties van een praktische opgave. In: Baars, J., Knipscheer, C.P.M., Schuyt, Th.N.M. (red.). *Zelfstandigheid en ouder worden*. Lemma B.V., Utrecht 1994.
- Schanzleh, M.K.W., Timmers, M.J.M. *Nieuw Doddendaal Nijmegen, experimentplan ontwerp*. Nijmegen 1989.
- Schanzleh, M.K.W. *Over wonen en dienstverlening. Een visie op ouderenzorg*. Doctoraal scriptie. Vrij Universiteit Amsterdam, Sociale Gerontologie. Nijmegen 1993.
- Schepers, R.M.J., Nievaard, A.C. *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Serie Grondbeginselen der sociologie. Stenfert Kroese Uitgevers, Leiden/Antwerpen 1990.

- Schuyt, Th. Achtergronden van case management. In: Graaff, H. de (red.). *Case management. Een zorg minder?* Uitgeverij SWP, Utrecht 1991.
- Slivinske, L.R., Fitch, V.L. The effect of control enhancing interventios on the well-being of elderly individuals living in retirement communities. *The gerontologist*, 27, 2 1987, p 176-181.
- SCP. *Sociaal en Cultureel Rapport 1982*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1982.
- SCP. *Sociaal en Cultureel Rapport 1990*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1990.
- Soons, P.H.G.M. *Hartrevalidatie in Nederland geregistreerd en geëvalueerd. Een inventariserend onderzoek naar hartrevalidatie in Nederland* (diss). Universitaire Pers Maastricht (UPM), Maastricht 1995.
- Swanborn, P.G. *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Boom, Mepel/Amsterdam 1987.
- Swanborn, P.G. *Case-study's: Wat, wanneer en hoe?* Amsterdam 1996.
- Tweede Kamer. *Voortgangsrapportage Ouderenbeleid*. Tweede Kamer, nr.20 239, 1-2, 1987/1988.
- Tweede kamer. *Nota Ouderen in Tel. Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 21 814, nrs. 1-2.
- Verbeek - Heida, P.M. Therapie in de hulpverlening, beheersing van interacties. In: Aakster, C.W., Kuiper, G., Groothoff, J.W. (red.) *Medische Sociologie*. Wolters Noordhoff, Groningen 1991.
- Vermeulen, C.A., Bosma, A.M.M. *De gezondheid van ouderen: epidemiologie en beleid*. UVA (diss), Amsterdam 1992.
- Weel, C. van. Teamwork. in: *The Lancet* Vol 344, 5, 1994 p.1276-1279.
- Weel, C. van. Medische sociologie vanuit het perspectief van de huisartsgeneeskunde. In: Hout, A.C. van den, Roscam Abbing, E.W. (red.) *Persoonlijk Palet*. Tandem Felix, Nijmegen 1996.
- Weert, N., Peters, J., Moor, L.G. *Leefklimaat in verpleeghuizen en verzorgingshuizen: een benadering vanuit het patiëntenperspectief*. ITS, Nijmegen 1989.
- Welling, B.J.M., Delnoij, D.M.J., Bakker, D.H. de. *De praktijkverpleegkundige in Nederland*. NIVEL, Utrecht 1997.
- Wennink, J., Goudriaan, G. Case management in de thuiszorg. In: Graaf, H. de. *Case management. Een zorg Minder?* Reeks Zorg innovaties. Uitgeverij SWP, Utrecht 1991.
- Wiegemans, H.H.G. *Ouderen: zelfredzaamheid, beweging en communicatie*. Garant, Leuven/Apeldoorn 1990

Willigenburg, T. van. *Ethiek in de praktijk*. Van Gorcum, Assen 1993.

Wouden, H.C., van der. De Nederlandse overheid en het zorgbeleid voor ouderen.

In: *Handboek ouder worden 1990*. 4:111.B.3.Wou.1-29.

Yin, R.K. *Case study research. Design and Methods. Applied Social research. Methods series*, Volume 5. Sage Publications, Inc, 1984. Revised edition, 1989.

Zaal, K., Kastelein, M., Perenboom, R.J.M. *Vernieuwingen in ouderenhuisvesting en ouderenzorg: voorbeelden van experimenten en onderzoek*. TNO - NIPG, Leiden februari 1993.

Zola, I.K. *De medische macht: de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij*. Boom, Meppel 1973.







## **Bijlage 2.1**

### **Bij hoofdstuk 2**

#### **Totstandkoming landelijke vergelijkingsgroep**

De vergelijkingsgroep is als volgt tot stand gekomen. Een aantal verzorgingshuizen uit 19 Nederlandse gemeenten, waar geen ingrijpende en grootscheepse substitutieprojecten plaatsvonden, zijn benaderd met het verzoek om een steekproef uit hun bewonerspopulatie van 75-plussers te verstrekken. Uiteindelijk waren 22 verzorgingshuizen bereid om mee te werken. Dit resulteerde in een steekproef van 793 verzorgingshuisbewoners. Van deze ouderen zijn uiteindelijk 154 geïnterviewd, maximaal 12 ouderen per huis. De interviews vonden plaats in de periode september - november 1990. Gemiddeld lag het aantal geïnterviewde ouderen per verzorgingshuis rond de 7 à 8. Deze vergelijkingsgroep gaf een representatief beeld van doorsnee verzorgingshuisbewoners in Nederland boven de 75 jaar.

## **Bijlage 2.2**

### **Bij hoofdstuk 2**

#### **Betekenis zorgzwaartegroepen**

De betekenis van de zorgzwaartegroepen is als volgt.

##### **Zorgzwaartegroep 1**

De bewoner is in staat tot zelfzorg. Er is slechts een enkele handreiking of begeleiding nodig. Deze aanvullende zorg wordt op afroep gegeven en is incidenteel van aard.

##### **Zorgzwaartegroep 2**

De bewoner is zelfstandig bij de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) op een enkele handreiking na die dagelijks of regelmatig moet worden verleend. Er is aanvullende zorg nodig die op afspraak wordt verleend.

##### **Zorgzwaartegroep 3**

De bewoner heeft enige hulp nodig bij meerdere onderdelen van de ADL, met name de dagelijkse wasbeurt en het zich aan- en uitkleden. Soms ook gerichte ondersteuning in het psycho-sociaal functioneren. De zorg is soms aanvullend en soms overnemend van aard.

##### **Zorgzwaartegroep 4**

De bewoner is volledig onzelfstandig bij een groot aantal ADL-handelingen, met name de dagelijkse wasbeurt, het zich aan- en uitkleden, de toiletgang en het zich verplaatsen. Problemen kunnen zich voordoen op het gebied van psycho-sociaal functioneren wat kan leiden tot intensieve begeleiding. Bewoner heeft veel overnemende zorg nodig.

##### **Zorgzwaartegroep 5**

De bewoner is bij alle ADL-handelingen volledig onzelfstandig. Hulp moet soms met twee verzorgenden gegeven worden. De psycho-sociale problematiek kan aanzienlijk zijn en leiden tot intensieve begeleiding. Er is sprake van totale overnemen-de zorg.



## **Bijlage 2.3**

### **Bij hoofdstuk 2**

#### **Topiclijst semi-gestructureerde interviews bewoners Nieuw Doddendaal**

##### **1. *Verwachtingen en wensen ten aanzien van wonen in het algemeen***

- Wat vindt U belangrijk of welke eisen stelt U aan wonen. Bijvoorbeeld als U nu een andere plek om te wonen zou kunnen kiezen, op welke dingen zou U dan op letten? (zelfstandigheid, veiligheid, hulp, activiteiten, eten etc.)

##### **2. *Beleving wonen***

- Voelt U zich hier thuis in het wooncentrum? Kunt U aangeven waarom wel of waarom niet?
- Gaat het hier in het wooncentrum zoals U dat verwacht had? Of zoals U dat wenst? (zo als U dat verteld is)
  - \* Zo nee, wat is er dan anders
- Voelt U zich veilig in het wooncentrum?
  - \* Voelt U zich 's nachts ook veilig? Stel dat er iets gebeurt 's nachts hoe is dat dan hier geregeld? Hebt U daar wel eens mee te maken gehad? Hoe ging dat dan?
  - \* Zo nee, hebt U wel eens van anderen gehoord hoe dat gaat?
- Hebt U het gevoel hier goed verzorgd te worden? Hoe vindt dat er hier in ND voor U gezorgd wordt?
  - \* Wat is belangrijk voor U bij het wonen en verzorgen in ND?
- Voelt U zich hier ontlast van zorgen?
  - \* Krijgt U steun van Nieuw Doddendaal / bewoners bij problemen?
- Er zijn hier gemeenschappelijke ruimten als badkamer, keuken, koffiekamer, lo-geerkamer en wasruimte. Maakt U hier wel eens gebruik van? Komt U daar wel eens? Zo nee, waarom niet?
- Bent U tevreden over het appartement, of zou U dingen anders willen hebben?

- Krijgt U naar uw gevoel voldoende aandacht van bijvoorbeeld de contactpersoon of receptiemedewerkenden? Bijvoorbeeld bij ziekte of overlijden bekenden of gewoon eens tussendoor om te vragen of alles naar wens is.
- Hebt U regelmatig contact met de contactpersoon? Zo ja, hebt U dan het gevoel dat er naar U geluisterd wordt? Zo nee, zou U dit vaker willen?
  - \* Zoekt U zelf wel eens contact met de cp over zaken die U bezig houden? Voorbeelden
- Hebt U voldoende privacy in het wooncentrum? Kloppen of bellen mensen die bij U langskomen eerst aan voor dat ze binnen komen?

### 3. *De zorgverlening*

- Kunt U zelf beslissen hoeveel hulp U krijgt? Hoe gaat dat dan?
  - \* En de manier waarop U hulp krijgt? Met andere woorden bent U zelf de baas?
- Als u vindt dat U (meer) hulp nodig hebt, wat doet U dan en hoe gaat het hier dan in zijn werk?
  - \* wordt er naar U geluisterd, wordt U serieus genomen?
  - \* wordt het dan ook daadwerkelijk gegeven?
- Kunt U uw wensen en behoeften uitspreken? Hoe wordt daar dan op ingegaan?
- Hebt U wel eens problemen met de mensen die U hulp komen geven? Zo ja, wat zijn dat dan voor problemen en wat doet U dan?
- U krijgt hulp van NTN, hoe gaat dat nu zo op een dag?
  - \* op tijden die U wilt
  - \* verloopt naar Uw wens, bent U tevreden
  - \* hoe gaat het contact met de uitvoerenden
  - \* Luisteren zij ook naar U
  - \* Hebben zij of nemen zij genoeg tijd voor U
  - \* Sommige mensen kunnen goed met elkaar overweg en sommige niet. Hoe gaat dat tussen u en degene van NTN?
  - \* Helpt U zelf mee bij bepaalde karweitjes? Wat vindt U daarvan
  - \* Vindt U het erg als er eens een keer iemand anders komt, die anders werkt? (hospitalisatie?)
  - \* Als U eens wilt dat ze in de tijd dat ze bij U zijn iets anders voor U doen dan normaal, gebeurt dat dan ook?

- Als we nu eens Uw dienstenplan bekijken, is dat dan zoals U dat wilt hebben?
  - \* Zijn er dingen die U nu zelf doet, maar waar U eigenlijk van vindt dat iemand anders dat moet doen?
- Voorheen kreeg U ook hulp van de wijkzuster en/of de gezinsverzorgende. Hoe gaat dat nu? Merkt U verschil?
- Denkt U dat, als mensen veel hulp nodig hebben zij in ND kunnen blijven wonen? Wat vindt U daarvan? Hoe ziet U dat voor U zelf?
- Kunt U zelf bepalen wanneer U/ Kunt U zelf uw eigen dag indelen:
  - \* opstaat en naar bed gaat
  - \* eet en drinkt
  - \* naar buiten gaat
  - \* wilt douchen
- Kreeg U vroeger thuis hulp van familieleden? Hoe gaat dat nu? Wat vinden zij daarvan? Als dat nu anders is, waarom is dat dan anders?

#### 4. *Sociale contacten en activiteiten*

- Vindt U dat U genoeg afleiding hier in het wooncentrum heeft? Zo nee, wat zou U dan anders willen?
- Vindt U dat U hier genoeg mogelijkheden hebt om contacten met de andere bewoners te leggen?
- Hebt U wel eens last van andere bewoners? Bijvoorbeeld wordt er veel geroddeld over andere bewoners, weet iedereen alles van elkaar?
- ND vindt dat de bewoners zo veel mogelijk zelf moeten organiseren m.b.t dagjes uit, reisjes, sinterklaas, kerst etc. Wat vindt U daarvan?
  - \* Denkt U dat dat in een verzorgingshuis anders geregeld is?
- Sommige mensen houden van veel rust en zijn graag alleen, andere mensen willen juist graag mensen om zich heen hebben. Hoe is dat voor U? En hoe gaat dat hier in ND?

## 5. *De filosofie*

- Sommige ouderen gaan naar een verzorgingshuis omdat ze verzorgd willen worden. Ze zeggen: 'Ik ben 82 jaar, heb mijn hele leven gewerkt, laat nu anderen maar voor me zorgen. Wat vindt U daarvan?  
\* En hoe gaat het dan hier?
- Vindt U dat U hier alles zelf moet regelen? Vindt U dat prettig of juist niet?  
\* Hoe denkt U dat dat in een verzorgingshuis gaat?
- Sommige mensen zeggen dat ND niets voor de bewoners doet en de bewoners alles zelf moeten doen? Wat vindt U daarvan?
- Heeft U weleens klachten over de gang van zaken hier? Zo ja, naar wie gaat U dan naar toe en wordt er dan naar U geluisterd en iets met de klacht gedaan?
- Hebt U het gevoel dat U voldoende geïnformeerd wordt over de gang van zaken in het wooncentrum? Bijvoorbeeld Wist U van te voren dat de gezinszorg en het kruiswerk na 1 januari niet meer zouden komen?
- Voelt U zich betrokken bij het reilen en zeilen in ND? Denkt U dat U daar een stem in heeft/invloed op hebt?
- U woont nu .. jaar in ND. Vroeger woonde U in (de)..... Ziet een normale dag er nu anders uit als toen? Wat is er nu dan anders? Bijvoorbeeld doet U nu dingen niet die U thuis wel deed? Zijn daar dingen voor in de plaats gekomen?
- Stel U zou opnieuw kunnen kiezen waar U zou willen wonen, zou U dan weer voor ND kiezen?
- Wat vindt Uw familie ervan dat U hier woont?
- Wat vindt U heel goed in ND?
- Wat vindt U niet zo goed, of wat zou U anders willen hebben in ND?

Heeft U nog opmerkingen of vragen?

## Bijlage 2.4

### Bij hoofdstuk 2

#### Vergelijking met Nederlandse verzorgingshuisbewoners

*Tabel 2.2 - Basiskkenmerken van de respondenten*

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuisbewoners Nederland	
	N	%	N	%
<i>geslacht</i>				
- man	11	42 *	39	25
- vrouw	15	58 *	115	75
<i>leeftijd</i>				
75 - 79 jaar	8	31 *	19	12
80 - 84 jaar	9	34	38	25
85 - 89 jaar	8	31	57	37
90 - 94 jaar	1	4	31	20
95 jaar en ouder	-	-	9	6
<i>burgerlijke staat</i>				
- gehuwd	2	7	17	11
- gescheiden	3	12	3	2
- verweduwd	18	69	115	75
- nooit gehuwd	3	12	19	12
Totaal	26	100	154	100

\*=  $p < 0.10$

*Tabel 2.3 - Ouderen naar opleiding en inkomen.*

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuisbewoners Nederland	
	N	%	N	%
<i>Opleiding</i>				
- lager	14	54 *	112	73
- uitgebreid lager	7	27 *	18	11
- middelbaar	-	-	4	3
- hoger	-	-	6	4
- onbekend	5	19	14	9
<i>Netto inkomen</i>				
- AOW	9	35	70	45
- AOW + < 300 gld	6	23	38	25
- AOW + 300 - 750 gld	3	11.5	9	6
- AOW + > 750 gld	3	11.5	6	4
- onbekend	5	19	31	20
Totaal	26	100	154	100

\* =  $p < 0.10$

*Tabel 2.4 - Ouderen naar HDL - beperkingen*

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuisbewoners Nederland	
	N	%	N	%
- geen	6	23	37	24
- gering	5	19	23	15
- matig	3	12	24	16
- (zeer) ernstig	12	46	70	45
Totaal	26	100	154	100

*Tabel 2.5 - Ouderen naar ADL - beperkingen*

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuisbewoners Nederland	
	N	%	N	%
- geen	17	65 *	64	42
- gering	7	27	61	40
- matig	2	8	13	8
- (zeer) ernstig	-	-	16	10
Totaal	26	100	154	100

\* =  $p < 0.10$

*Tabel 2.6 - Somatische klachten bij ouderen, in procenten en absolute aantallen*

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuisbewoners Nederland	
	N	%	N	%
- geen klachten	-	-	7	5
- 1 - 3 klachten	10	38	72	46
- 4 - 6 klachten	13	50	58	38
- 7 - 9 klachten	3	12	15	10
- onbekend	-	-	2	1
Totaal	26	100	154	100

**Tabel 2.7 - Ouderen naar aantal psychosomatische klachten, in procenten en absolute aantallen**

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuisbewoners Nederland	
	N	%	N	%
- zelden/nooit last	1	4	11	7
- 1 - 4 klachten	18	69	90	59
- 5 - 8 klachten	7	27	50	32
- onbekend	-	-	3	2
<b>Totaal</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>

**Tabel 2.8 - Belemmeringen van ouderen in de dagelijkse bezigheden vanwege aandoening, ziekte of handicap, in absolute aantallen en procenten**

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuisbewoners Nederland	
	N	%	N	%
- voortdurend belemmerd	10	39	58	38
- met tussenpozen belemmerd	4	15	34	22
- niet of zelden belemmerd	12	46	61	39
- geen antwoord/onbekend	-	-	1	1
<b>Totaal</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>



**Tabel 2.9 - Ouderen die bedlegerig zijn als gevolg van een aandoening, ziekte of handicap, in absolute aantallen en procenten**

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuusbewoners Nederland	
	N	%	N	%
- voortdurend bedlegerig	-	-	4	3
- met tussenpozen bedlegerig	-	-	9	6
- niet of zelden bedlegerig	26	100	138	89
- geen antwoord/onbekend	-	-	3	2
<b>Totaal</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>

**Tabel 2.10 - Subjectieve gezondheidsbeleving van ouderen, in absolute aantallen en procenten**

	bewoners Nieuw Doddendaal		verzorgingshuusbewoners Nederland	
	N	%	N	%
- gezond	8	31	34	22
- redelijk gezond	8	31	48	31
- matig gezond	6	23	44	28
- niet gezond	4	15	21	14
- geen antwoord/onbekend	-	-	7	5
<b>Totaal</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>

*Tabel 2.11 - Subjectief welbevinden en eenzaamheid van ouderen in Nieuw Doddendaal en in verzorgingshuizen Nederland*

	bewoners Nieuw Doddendaal	verzorgingshuusbewoners Nederland
<i>Subjectief welbevinden</i>		
- gezondheid	15.1 *	11.6
- zelfwaardering	17.5	17.4
- weerbaarheid	15.3	14.9
- optimisme	9.9 *	7.2
- contact/sociale integratie	8.0	9.5
- Totaalscore SSWO	13.2	12.1
Eenzaamheid	4.9	4.0

\* =  $P < .05$

## **Bijlage 3.1**

### **Behorende bij hoofdstuk 3**

#### **Dienstenplan**

Naam : Mevr. Voorbeeld  
Voornamen : Antonia Maria  
Adres : Parkdwarsstraat 34-40  
Woonplaats : Nijmegen  
Postcode : 6511 DL  
Telefoon : 222222

#### **Contactadres/familie**

Naam : Mw. Proef-Voorbeeld  
Adres : Kruising 11  
Woonplaats : Nijmegen  
Relatie : dochter  
Telefoon : 333333  
Naam: : Hr. Voorbeeld  
Adres : Rotonde 13  
Woonplaats : Nijmegen  
Telefoon : 444444  
Relatie : zoon

**Persoonlijke gegevens**

Geboorteplaats : Arnhem  
Geboortedatum : 01-01-1908  
Godsdienst : R.K.  
Burg. staat : weduwe  
Ziekte verz. : BAZ  
Inschrijf no. : 123456  
Begravenis verz. : St'Barbara  
Giro/Bankrekening : 123456  
Inschakelen geestelijke : Priester  
Datum verhuizing : 17-03-1989  
Huisarts : Dr. Proef  
Telefoon : 1234567  
Apotheek : Binnendijk  
Telefoon : 1234567

**Medicatie**

: Ac Folicum  
: Ferro Gradumet  
Sinimet

## **Sociale situatie**

Mevr. is in Nieuw-Doddendaal komen wonen nadat haar man in 1989 overleden is. Mevr. mist hem nog steeds denkt veel aan hem en voelt zich erg alleen.

Mevr. is van thuis uit nooit gewend geweest om er op uit te gaan, vindt dit nu dan ook moeilijk. Ze stelt het wel op prijs wanneer familie, kennissen of medebewoners haar komen bezoeken. Haar dochter of zoon komen ook iedere dag even bij haar langs. Een aantal keren per jaar gaat Mevr. op vakantie bij haar dochter in Zeeland.

Mevr. vermaakt zich met breien, T.V. kijken of lezen. Ze valt ook regelmatig overdag in slaap, zegt ze.

Twee keer per dag wordt Mevr. door een medewerker van Nieuw-Doddendaal uitgenodigd om mee naar de gezamenlijke koffie te gaan. Uit zichzelf zegt ze vergeet ze dit, zoals ook andere dingen. Mevr. houdt niet van grote drukte, zoals soosbijeenkomsten etc. Wel vindt Mevr. het prettig om naar de kerk te gaan die plaatsvindt in het Activiteiten Centrum.

Als controle komen diverse malen per dag dienstverleners en een cateringbedrijf bij Mevr.

## **Bijzonderheden**

- Mevr. heeft de ziekte van Parkinson.

## Dienstverlening

### Gemaakte afspraken tussen bewoner en Nieuw-Doddendaal.

**Maaltijdvoorziening** : Cateringbedrijf 'De warme maaltijd'

**Textielreiniging** : door familie verzorgd.

**Interieur verzorging** : Schoonmaakbedrijf op dinsdagmorgen 9.30 uur

Professionele hulpverlening :	's morgens:	ma/di/do:	8.05-8.35
		wo:	8.35-9.05
		vr:	8.05-8.50
		za/zo:	8.30-9.00
	tussen de middag:	ma/di/wo/vr/za/zo:	12.00-12.20
		do:	12.10-12.30
	middag:		16.45-17.00
	avond:		20.50-21.15
	ziekenverzorging		
		do:	10.35-10.50

Voor taakinhoud van bovengenoemde professionele hulpverlening zie bijgevoegde werkbeschrijving.

**N.B. de afgesproken tijden kunnen een half uur afwijken.**

De volgende artikelen zijn eigendom van Nieuw-Doddendaal en in bruikleen gegeven.

- Draadloosalarm

**Werkbeschrijving:**

- Bijzonderheden:** Mevr. kan door verminderde lichamelijke conditie een aantal handelingen niet geheel zelfstandig verrichten. Zij moet hierin begeleid worden en heeft daarbij enige stimulatie nodig. Sociale contacten zijn belangrijk.
- Algemeen:** Bijzonderheden vermelden in communicatie schrift. Ligt bij mevr. op app.
- 's morgens:**
- Mevr. begeleiden met wassen en aankleden. Dit door middel van aanwijzingen geven en structuur in de volgorde aan te brengen.
  - Ontbijt maken - brintapap en koffie.
  - Medicijnen geven, staan uitgezet in weekdoos.
  - Bed opmaken, gordijnen openen, verwarming aanzetten, prullenmand legen.
  - Zie weekactiviteiten.
- 's middags:**
- Warme maaltijd opdienen, vlees snijden.
  - Medicatie geven (Weekdoos).
- eind van de middag:**
- Broodmaaltijd samen met mevr. klaarzetten. Mevr. zelf brood laten smeren.
  - Afwassen, opruimen (mevr. mee laten helpen).
- 's avonds:**
- Mevr. begeleiden met uitkleden en aantrekken van nachtkleding (mevr. zo veel mogelijk zelf laten doen).
  - Medicatie geven (weekdoos).
  - Eventueel bed openleggen.
  - Verwarming uitzetten, attentie op kookplaatje etc.
- Opmerking:**
- Maaltijden zoals beschreven gelden voor in het weekend. Van maandag tot en met vrijdag krijgt mevr. haar maaltijd 's avonds.

*Weekactiviteiten:*

- *Vrijdag:*
- Bed verschonen.
- Mevr. douchen, ook haren wassen (dochter van mevr. komt op, deze dag krullen zetten).

*Ziekenverzorging:*

- *Donderdag:*
- Ziekenverzorgende zet voor aankomende week de medicatie uit in weekdoos.
- Indien medicatie bijna op is noteren in comm. schrift. De familie van mevr. bestelt dit dan verder (aangeven welk medicijn, hoeveelheid en gebruik).

De afgesproken tijden kunnen een half uur afwijken.



**Bijlage 4.1**  
**Bij hoofdstuk 4.3**  
**Oordelen over Nieuw Doddendaal**

**Wonen**

*Tabel 4.1a - Meningen van bewoners over het wonen in het algemeen voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	erg prettig	gaat wel	totaal eerste meting
- erg prettig	16	3	19
- gaat wel	2	2	4
- niet zo prettig	-	1	1
- erg onprettig	-	1	1
Totaal tweede meting	18	7	25

*Tabel 4.1b - Meningen van bewoners over het wonen in het algemeen voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	erg prettig	gaat wel	niet zo prettig	totaal eerste meting
- erg prettig	17	1	-	18
- gaat wel	3	2	2	7
- niet zo prettig	-	-	-	-
- erg onprettig	-	-	-	-
Totaal derde meting	20	3	2	25

*Tabel 4.2a - Meningen van bewoners over mate van diensten voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	ja	nee	wisselend	weet niet	totaal eerste meting
- ja	19	-	4	-	23
- nee	1	-	-	-	1
- wisselend	-	-	-	1	1
Totaal tweede meting	20	-	4	1	25

*Tabel 4.2b - Meningen van ouderen over mate van diensten voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	ja	nee	wisselend	weet niet	totaal tweede meting
- ja	14	2	3	1	20
- nee	-	-	-	-	-
- wisselend	3	-	1	-	4
- weet niet	1	-	-	-	1
Totaal derde meting	18	2	4	1	25

*Tabel 4.3a - Meningen van ouderen over kwaliteit van de geboden diensten voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	goed	gaat wel	niet zo goed	weet niet	totaal eerste meting
- goed	15	1	3	2	21
- gaat wel	3	1	-	-	4
Totaal tweede meting	18	2	3	2	25

*Tabel 4.3b - Meningen van ouderen over kwaliteit van de geboden diensten voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	goed	gaat wel	niet zo goed	weet niet	totaal tweede meting
- goed	16	1	-	1	18
- gaat wel	1	-	-	1	2
- niet zo goed	-	2	-	1	3
- weet niet	1	-	1	-	2
Totaal derde meting	18	3	1	3	25

**Bijlage 4.2**  
**Bij hoofdstuk 4.4**  
**Zorgsubstitutie**

*Hulpbehoefte*

*Tabel 4.5a - Ouderen naar HDL-beperkingen voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	geen	gering	matig	(zeer) ernstig	totaal eerste meting
- geen	4	1	1	-	6
- gering	3	-	3	-	6
- matig	-	-	1	1	2
- ernstig	-	-	4	7	11
totaal tweede meting	7	1	9	8	25

*Tabel 4.5b - Ouderen naar HDL-beperkingen voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	geen	gering	matig	(zeer) ernstig	totaal tweede meting
- geen	3	2	2	-	7
- gering	-	1	-	-	1
- matig	1	2	3	3	9
- ernstig	-	1	2	5	8
totaal derde meting	4	6	7	8	25

*Tabel 4.6a - Ouderen naar ADL-beperkingen voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	geen	gering	matig	(zeer) ernstig	totaal eerste meting
- geen	16	2	-	-	18
- gering	3	1	-	2	6
- matig	-	1	-	-	1
- ernstig	-	-	-	-	-
totaal tweede meting	19	4	-	2	25

*Tabel 4.6b - Ouderen naar ADL-beperkingen voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	geen	gering	matig	(zeer) ernstig	totaal tweede meting
- geen	18	1	-	-	19
- gering	-	3	1	-	4
- matig	-	-	-	-	-
- ernstig	-	-	2	-	2
totaal derde meting	18	4	3	-	25

*Tabel 4.7a - Somatische klachten bij ouderen voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	1 - 3 klachten	4 - 6 klachten	7 - 9 klachten	9 of meer klachten	totaal eerste meting
1 - 3 klachten	9	2	-	-	11
4 - 6 klachten	-	9	2	-	11
7 - 9 klachten	-	1	1	1	3
9 of meer	-	-	-	-	-
Totaal tweede meting	9	12	3	1	25

*Tabel 4.7b - Somatische klachten bij ouderen voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	1 - 3 klachten	4 - 6 klachten	7 - 9 klachten	9 of meer klachten	totaal tweede meting
1 - 3 klachten	8	1	-	-	9
4 - 6 klachten	4	7	1	-	12
7 - 9 klachten	-	-	3	-	3
9 of meer	-	-	1	-	1
Totaal derde meting	12	8	5	-	25

*Tabel 4.8a - Ouderen naar aantal psychosomatische klachten voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	zelden/nooit last	1 - 4 klachten	5 - 8 klachten	totaal eerste meting
- zelden/nooit last	-	1	-	1
- 1 - 4 klachten	1	15	3	19
- 5 - 8 klachten	-	3	2	5
Totaal tweede meting	1	19	5	25

*Tabel 4.8b - Ouderen naar aantal psychosomatische klachten voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	zelden/nooit last	1 - 4 klachten	5 - 8 klachten	totaal tweede meting
- zelden/nooit last	1	-	-	1
- 1 - 4 klachten	1	16	2	19
- 5 - 8 klachten	-	3	2	5
Totaal derde meting	2	19	4	25

*Tabel 4.9a - Ouderen naar belemmeringen in de dagelijkse bezigheden voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	niet of zelden belemmerd	tussenpozen belemmerd	voortdurend belemmerd	totaal eerste meting
- niet of zelden belemmerd	7	3	2	12
- tussenpozen belemmerd	-	2	1	3
- voortdurend belemmerd	1	1	8	10
Totaal tweede meting	8	6	11	25

*Tabel 4.9b - Ouderen naar belemmeringen in de dagelijkse bezigheden voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	niet of zelden belemmerd	tussenpozen belemmerd	voortdurend belemmerd	totaal tweede meting
- niet of zelden belemmerd	6	1	1	8
- tussenpozen belemmerd	2	1	3	6
- voortdurend belemmerd	3	3	5	11
Totaal derde meting	11	5	9	25



*Tabel 4.10a - Subjectieve gezondheidsbeleving van de ouderen voor t1 en t2, in absolute aantallen*

t2 → t1 ↓	gezond	redelijk gezond	matig gezond	niet gezond	totaal eerste meting
- gezond	4	3	-	-	7
- redelijk gezond	2	3	2	2	9
- matig gezond	-	-	2	3	5
- niet gezond	-	-	-	4	4
Totaal tweede meting	6	6	4	9	25

*Tabel 4.10b - Subjectieve gezondheidsbeleving van de ouderen voor t2 en t3, in absolute aantallen*

t3 → t2 ↓	gezond	redelijk gezond	matig gezond	niet gezond	totaal tweede meting
- gezond	5	1	-	-	6
- redelijk gezond	2	3	1	-	6
- matig gezond	-	1	3	-	4
- niet gezond	1	2	1	5	9
Totaal derde meting	8	7	5	5	25



Nardy Welling werd geboren op 20 oktober 1956 in Gendringen. Na het behalen van het MAVO diploma in 1973 in Uft en aansluitend het HAVO diploma in 1975 aan het Isala College in Silvolde volgde zij de opleiding HBO-Verpleegkunde in Nijmegen. In 1979 behaalde zij het diploma HBO-Verpleegkunde en legde het colloquium doctum af. Aansluitend studeerde zij sociologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. In 1987 legde zij het doctoraal examen in de medische sociologie af, met als bijvakken sociale gerontologie en organisatiesociologie. Van 1988 tot en met 1995 is zij werkzaam geweest bij het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) te Nijmegen. De eerste drie jaren heeft zij als onderzoeksassistent meegewerkt aan evaluatie-onderzoeken in de gezondheidszorg, onder andere experimenten in de thuisverpleging en demonstratieprojecten in de ouderenzorg. Vanaf 1990 werkte zij als junior onderzoeker op het ITS, waar zij onder meer het onderzoek naar het experiment Nieuw Doddendaal uitvoerde. Tevens volgde zij in deze vijf jaren met succes de opleiding tot beleidsgericht onderzoeker.

Vanaf 1996 is zij werkzaam op het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, in Utrecht, waar zij onderzoeken uitvoert op het gebied van de curatieve somatische zorg.









ISBN 90 5750 034 5  
NUGI 732